

Manual para miembros 2025

Última actualización:
1 de mayo de 2025



Índice

	Número de página
Bienvenido a Healthy Blue	2
Números de teléfono importantes.....	3
<i>Una guía rápida a los números de teléfono que puede necesitar como miembro de Healthy Blue</i>	
Parte 1: Beneficios adicionales	4-5
<i>Beneficios adicionales para miembros de todas las edades</i>	
Parte 2: Cómo funciona Healthy Blue	6
<i>Una descripción general breve de su plan</i>	
Parte 3: Cómo obtener ayuda.....	7-8
<i>Servicio de atención al cliente, ayuda en otros idiomas, ayuda para los miembros con pérdida o discapacidades de la audición o visión</i>	
Parte 4: Cuándo necesitamos escucharlo.....	9-10
<i>Si se muda, obtiene otro seguro, tiene un accidente o su atención médica sufre otros cambios, cuando es hora de renovar</i>	
Parte 5: Empezar con Healthy Blue.....	11-12
<i>Suscríbase a My Health Toolkit®, consulte a su proveedor de atención primaria (PCP)</i>	
Parte 6: Cómo obtener atención.....	13-21
<i>Tarjetas de identificación, los tipos de atención y autorizaciones previas de su proveedor de atención primaria (PCP)</i>	
Parte 7: Lo que Healthy Blue cubre.....	22-32
<i>Guía de referencia de beneficios</i>	
Parte 8: Lo que Medicaid regular cubre	33-34
Parte 9: Lo que Healthy Blue y Medicaid regular no cubren.....	35
Parte 10: Beneficios y servicios para menores	36
Parte 11: Beneficios para mujeres embarazadas y nuevas mamás.....	37-40
Parte 12: Atención de urgencia y emergencia	41-42
Parte 13: Cómo obtener sus medicamentos	43-44
Parte 14: Mantener saludable a su familia	45-52
<i>Visitas preventivas para bebés, visitas preventivas para menores, visitas preventivas para mujeres y hombres, vacunas</i>	
Parte 15: Manejo de su salud.....	53-57
<i>Administración de casos, atención para afecciones crónicas (CCC)</i>	
Parte 16: Obtener ayuda con un problema.....	58-63
<i>Reclamos, apelaciones y audiencias justas estatales</i>	
Parte 17: Fraude, despilfarro y abuso.....	64-65
Parte 18: Si ya no podemos ayudarlo	66
Parte 19: Otras cosas que debe saber	67-69
Parte 20: Sus derechos y responsabilidades	70-71
Parte 21: Palabras que usamos.....	72-75
Aviso de prácticas de privacidad	76-79

¡Bienvenido a Healthy Blue!

Usted es uno de los millones de personas de Carolina del Sur que se benefician al pertenecer a la familia de Blue®. Eso se debe a que Healthy Blue forma parte de BlueCross BlueShield of South Carolina. Pregunte a su familia y a sus amigos. Es probable que sean o hayan sido miembros felices de un plan de salud de BlueCross o BlueChoice HealthPlan.

Esto es porque formar parte de Blue ofrece muchos beneficios. Uno es el servicio local que recibe cuando necesita ayuda. Somos vecinos ayudando a vecinos, amigos ayudando a amigos y familia ayudando a familia. Tenemos lazos estrechos con los médicos y otros proveedores de atención médica de nuestra red. Trabajamos juntos para que la atención médica sea mejor para usted. Además, tenemos un fuerte compromiso con todas las comunidades a las que servimos, ¡que incluyen todos los condados de Carolina del Sur! Apoyamos a los grupos y programas que ayudan a esas áreas a prosperar y mejoramos la calidad de vida que ofrecen.

Esperamos con ansias conocerlo, ¡y ayudarlo a que nos conozca!

Este manual para miembros es una excelente forma de conocer más sobre nosotros y su plan de salud. Le explica cómo funciona Healthy Blue. Además, le indica qué servicios están cubiertos y qué servicios no están cubiertos.

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este manual o el directorio de proveedores sin costo alguno.

Puede solicitar estos materiales llamando al servicio de atención al cliente de Healthy Blue.

Existen otras formas de conocernos mejor. Síguenos en las redes sociales. Esa es una forma fácil de ver qué eventos estamos realizando en su área. Además, puede obtener consejos útiles para su salud y ver otro tipo de contenido útil.

Nuestro sitio web también está lleno de detalles. Puede encontrar este manual y otros materiales que lo ayudarán a usar su plan de salud. También encontrará allí nuestro portal seguro para miembros, My Health Toolkit. Asegúrese de configurar una cuenta para cada miembro de la familia con Healthy Blue y úsela a menudo. Tenga su tarjeta de identificación a mano cuando configure su cuenta.

Es posible que también desee suscribirse para recibir mensajes de texto de nuestra parte. Es una forma rápida de comunicarnos con usted. No se preocupe, solo enviamos mensajes de texto cuando tenemos noticias importantes o recordatorios para usted. Obtendrá más información sobre cómo hacerlo cuando se inscriba en Healthy Blue.

Números de teléfono importantes

SI NECESITA:	LLAME:
Conocer más acerca de Healthy Blue Usar los servicios de un intérprete	Servicio de atención al cliente 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634)
Hablar con un enfermero	Línea de enfermería las 24 horas del día 800-830-1525 (TTY: 711)
Preguntar sobre su cobertura de medicamentos o sus medicamentos	Servicio de atención al cliente de farmacia 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634)
Descubrir más acerca de los servicios de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicio de atención al cliente 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634) Marque 988 para comunicarse con la línea para casos de suicidio y crisis si se siente angustiado o abrumado.
Preguntar acerca de su cobertura de visión	Vision Service Plan (VSP®) 800-877-7195 (TTY: 800-428-4833)
Preguntar acerca de su cobertura dental (para miembros de menos de 21 años)	DentaQuest 888-307-6552
Si tiene pérdida de la audición o del habla y necesita ayuda para hablar con usuarios no TTY	Relay South Carolina 800-735-8583 o 711
Informar que cambió su dirección o cambios en su atención médica o consultar lo que Medicaid no cubre	South Carolina Healthy Connections Medicaid 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)
Pedir consejo sobre intoxicación y tratamientos	National Poison Control Center 800-222-1222
Revisar sus opciones de planes Medicaid	South Carolina Healthy Connections Choices 877-552-4642 (TTY: 877-552-4670)
Las líneas TTY solo son para miembros con pérdida de la audición y del habla.	
VSP es una empresa independiente que ofrece beneficios de visión para los miembros de Healthy Blue en nombre de BlueChoice HealthPlan.	
DentaQuest proporciona beneficios dentales para South Carolina Healthy Connections Medicaid.	

Parte 1: Beneficios adicionales

Antes de explorar cómo funciona Healthy Blue, ¡eche un vistazo a los beneficios, servicios y programas adicionales que ofrecemos! Muchos de estos “adicionales” los puede obtener simplemente por ser miembro de Healthy Blue. Otros pueden requerir que haga algo primero... como participar activamente en un programa de administración de atención de Healthy Blue.

Esta lista no muestra todo lo que ofrecemos... así que asegúrese de echar un vistazo a nuestro sitio web para ver la lista completa.

Visite www.HealthyBlueSC.com, ingrese a My Health Toolkit. Elija el enlace “Extra Benefits” (Beneficios adicionales). También verá cómo calificar para recibir estos beneficios y canjearlos.

Para los menores que califican:

- ◆ **Auriculares juveniles para la escuela:** Obtenga audífonos supraurales gratis. Esto es para miembros de 3 a 18 años.
- ◆ **Apoyo de tutoría:** Obtenga una tarjeta de regalo de \$50 para utilizar en cursos de apoyo educativo en www.outschool.com.* Esto es para miembros de 3 a 18 años.
- ◆ **Blue Book Club:** Obtenga una tarjeta de regalo de Barnes & Noble de \$35 para comprar libros para niños de 2 años o menos.
- ◆ **Membresía en Scouts BSA:** Obtenga una membresía en Scouts BSA anual y gratuita y un descuento para materiales del programa. Esto es solo en lugares participantes para miembros de 7 a 18 años.
- ◆ **Membresía en Girl Scouts:** Obtenga una membresía en Girl Scouts anual y gratuita y un descuento para materiales del programa. Esto es solo en lugares participantes para niñas de 5 a 18 años.
- ◆ **Tarifas de Boys & Girls Club:** Obtenga una tarjeta regalo de \$50 para pagar las tarifas de Boys & Girls Club. Esto es solo en clubes participantes para miembros de 6 a 18 años.
- ◆ **Certificado de aptitud física:** Obtenga un certificado de aptitud física gratis para miembros de 6 a 18 años.

Para miembros embarazadas y nuevos padres que califican:

- ◆ **Silla infantil para el auto:** Obtenga una silla infantil gratis para su nuevo bebé. Se puede canjear entre las 28 semanas de embarazo y los 12 meses de posparto.
- ◆ **Pañales para bebés:** Obtenga cajas de pañales gratis para su bebé desde el nacimiento hasta los 15 meses.

Para los miembros adultos que califican:

- ◆ **Tarifa del examen de evaluación GED Ready:** Obtenga una tarjeta de regalo de \$100 para usar en las tarifas del examen de evaluación GED Ready. Esto es para miembros de 17 años o más.
- ◆ **Atención de la visión para adultos:** Obtenga exámenes oculares para adultos cada año y gafas cada dos años. Esto es para miembros de 21 años o más.
- ◆ **Traslados por Uber/Lyft:** Obtenga dos tarjetas de regalo de \$20 para Uber o Lyft para ir a entrevistas de trabajo. Esto es para miembros de 18 años o más.

*Este enlace lo dirige a un sitio web de terceros. Esta organización es únicamente responsable de las políticas de privacidad y del contenido de este sitio.

Para todos los miembros:

- ◆ **Almohada para el alivio del asma y alergias:** Obtenga gratis una almohada hipoalergénica. El miembro debe tener un diagnóstico de asma en los últimos 12 meses.
- ◆ **Blue365®:** Obtenga descuentos en productos y servicios de salud y bienestar.
- ◆ **Atención de la salud conductual digital:** Los miembros con depresión de bajo nivel, ansiedad o aquellos que necesitan ayuda para manejar el estrés de bajo nivel pueden obtener apoyo gratuito de salud conductual, educación y herramientas de afrontamiento digitalmente a través de nuestra aplicación móvil My Health PlannerSM.

Miembros elegibles en administración de la atención*:

- ◆ **Programa nutricional para diabéticos:** Los miembros con una A1C superior a 8 pueden obtener ayuda nutricional.
Los miembros que califican obtendrán:
 - Tres sesiones con un nutricionista
 - Tres entregas de cajas de alimentos saludables a domicilio
- ◆ **Programa nutricional cardiovascular:** Los miembros con una enfermedad cardiovascular pueden obtener ayuda nutricional para controlar su afección. Los miembros que califican obtendrán:
 - Tres sesiones con un nutricionista
 - Tres entregas de cajas de alimentos saludables a domicilio
- ◆ **Programa nutricional de maternidad:** Las nuevas mamás pueden obtener ayuda nutricional para la recuperación posparto.
Las madres que califican obtendrán:
 - Tres sesiones con un nutricionista
 - Tres entregas de cajas de alimentos saludables a domicilio

*Los miembros deben estar inscritos en el programa de administración de atención relevante y completar dos o más llamadas o clases de capacitación.

La Blue Cross Blue Shield Association ofrece el programa Blue365. La Blue Cross Blue Shield Association es una asociación de empresas Blue Cross o Blue Shield independientes y operadas localmente.

Parte 2: Cómo funciona Healthy Blue

Este manual le brinda detalles sobre cómo funciona su plan de salud con Healthy Blue. Tómese el tiempo necesario para leer cada sección. Estos son algunos puntos clave:

Healthy Blue atiende a miembros de los 46 condados de Carolina del Sur.

Sus tarjetas de identificación son sus claves para la atención médica. Recibirá una tarjeta de identificación de South Carolina Healthy Connections Medicaid (su tarjeta de identificación de Medicaid) y una tarjeta de identificación de Healthy Blue. Debe conservar ambas y mostrarlas cuando necesite recibir atención.

Como plan de atención administrada, Healthy Blue usa una red de médicos, hospitales y otros trabajadores de la atención médica para brindarle atención regular. Usted tendrá un proveedor de atención primaria personal (PCP) en esta red. Puede elegir al PCP que desee y cambiarlo cuando lo desee. Otros miembros de Healthy Blue de su familia pueden elegir un PCP diferente; no tienen que acudir al mismo. Lea el directorio de proveedores de nuestro sitio web para encontrar un PCP. También puede llamar al servicio de atención al cliente y pedirnos que le enviemos la lista.

Su PCP supervisará su atención médica y lo ayudará a obtener la atención que necesita. Su PCP prestará la mayor cantidad de servicios de atención médica posible. Su PCP también nos llamará para obtener las aprobaciones necesarias para determinados servicios. Si necesita un tipo de atención que su PCP no puede brindar, su PCP puede ayudarlo a encontrar a otro proveedor, como un especialista, en nuestra red.

Asegúrese de acudir a médicos y hospitales de nuestra red. Si acude a alguien que no pertenece a nuestra red, no podrá usar sus beneficios para pagar su atención, a menos que sea una emergencia. En una emergencia, llame al 911 o busque atención en el hospital más cercano a usted, incluso si no está en nuestra red. No necesita nuestra aprobación.

Healthy Blue tiene una Lista integral de medicamentos, que muestra los medicamentos que cubrimos cuando usted recibe una receta de su médico. Esa lista está en nuestro sitio web. También puede llamar al servicio de atención al cliente y pedirnos que le enviemos la lista. Además, cubrimos medicamentos de venta libre como aspirina, jarabe para la tos y medicamentos para el resfriado y la gripe si tiene una receta para ellos.

Healthy Blue tiene muchos programas, servicios y herramientas para ayudarlo a mantenerse saludable y manejar su salud.

Puede ir a nuestro sitio web para usar algunos de ellos. Nos comunicaremos con usted acerca de algunos programas, como la administración de la atención para afecciones crónicas, si consideramos que son ideales para usted. Si hay otros programas que piensa que pueden ayudarlo, llámenos y háganoslo saber.

Llame al servicio de atención al cliente si tiene preguntas sobre Healthy Blue, nuestra estructura, cómo trabajamos, nuestra red de médicos o planes de incentivos o nuestras políticas de uso de los servicios. ¡Queremos ayudarlo a aprovechar al máximo su plan de salud!

Parte 3: Cómo obtener ayuda

Ayuda de Healthy Blue

Llame al número gratuito del servicio de atención al cliente al 866-781-5094 de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los miembros con pérdida auditiva o del habla pueden llamar al TTY: 866-773-9634.

Estamos aquí para responder sus preguntas y ayudarlo a conocer más acerca de:

- ◆ Nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales en su área
- ◆ Idiomas, aparte del inglés, hablados por nuestros proveedores
- ◆ Proveedores que aceptan a nuevos pacientes
- ◆ Cualquier límite en su elección de proveedores
- ◆ Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan de salud
- ◆ Medidas por tomar para presentar reclamos, apelaciones y audiencias justas del estado
- ◆ Los beneficios de su plan de salud y cómo usarlos
- ◆ Cualquier límite en sus beneficios
- ◆ Cómo recibir aprobación para determinados tipos de atención
- ◆ Cómo obtener beneficios para la atención de planificación familiar y suministros de los médicos o clínicas que no pertenecen a su red
- ◆ Detalles sobre la atención de planificación familiar y suministros que no puede obtener con este plan de salud
- ◆ Cómo obtener atención especializada y otros servicios que su PCP no brinda
- ◆ Qué esperar si tiene una emergencia y cómo manejar su atención posteriormente
- ◆ Cómo obtener este manual en otro formato, como archivo de audio o letra grande, sin costo para usted

Si llama fuera del horario de atención y tiene una pregunta que no es urgente, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Además, puede enviarnos un correo electrónico seguro usando My Health Toolkit, nuestro portal seguro para miembros. Para registrarse:

- ◆ Visite www.HealthyBlueSC.com.
- ◆ Seleccione **My Health Toolkit**.
- ◆ Seleccione **"Register Now" (Registrarme ahora)**.

Para enviarnos cosas por correo, use esta dirección:

Healthy Blue
PO Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

También puede enviarnos un fax al 803-870-6510.

Ayuda en otros idiomas

Healthy Blue le ofrece servicios para satisfacer sus necesidades lingüísticas y culturales. Usamos un servicio de interpretación que trabaja con más de 150 idiomas, incluida la lengua de señas estadounidense.

Queremos que reciba la atención correcta, por lo que le ofrecemos:

- ◆ Artículos de educación de salud en español
- ◆ Personal del servicio de atención al cliente que puede hablar su idioma
- ◆ Intérpretes de lengua de señas y presenciales
- ◆ Médicos que hablan más de un idioma

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete durante sus visitas al médico. Usted o su médico pueden llamar al servicio de atención al cliente para pedir uno. Díganos si necesita un intérprete al menos tres días (72 horas) antes de su visita. Estamos aquí de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Coordinaremos los servicios de un intérprete presencial o por teléfono sin costo para usted.

Si no habla inglés, podemos ayudarlo a recibir servicios de asistencia lingüística y traducción de los materiales para miembros. Si necesita que traduzcamos nuestra información, puede llamar al servicio de atención al cliente o enviar un correo electrónico a HBCustomerService@HealthyBlueSC.com.

Ayuda para miembros con pérdida auditiva

Tenemos una línea gratuita TTY para miembros con pérdida auditiva. El número de teléfono es 866-773-9634. Esta línea telefónica está abierta de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Fuera de nuestro horario de atención y los fines de semana, llame a Relay South Carolina al 800-735-8583 o marque 711.

Ayuda para miembros con pérdida de la visión

Ofrecemos este manual y otros artículos que imprimimos en otros formatos para miembros con pérdida de la visión. Llámenos si necesita este manual o cualquier otro artículo en otros formatos.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990

Seguimos las reglas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990. Esto significa que no podemos discriminarlo debido a una discapacidad. Si cree que lo hemos tratado de manera diferente debido a una discapacidad, puede presentar un reclamo llamando al servicio de atención al cliente.

Parte 4: Cuando necesitamos escucharlo

Si se muda

Healthy Blue atiende a todos los condados de Carolina del Sur. Por lo tanto, si se muda a algún lugar del estado, aún podemos ser su plan de salud. Si efectivamente se muda, llame a South Carolina Healthy Connections Medicaid al 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) para actualizar su dirección. Puede visitar apply.scdhhs.gov* en línea para actualizar su información. Además, puede visitar su oficina de elegibilidad local para informar cualquier cambio. También puede llamar al servicio de atención al cliente de Healthy Blue y brindarnos su nueva dirección para poder seguir enviándole información sobre su plan.

Mudarse dentro del estado puede significar que necesite elegir a un nuevo proveedor de atención primaria (PCP), uno que esté más cerca de su nuevo hogar. Asegúrese de llamarnos para decirnos quién desea que sea su nuevo PCP. Además, podemos ayudarlo a encontrar uno si no sabe con certeza qué PCP desea.

Si se muda fuera del estado, Healthy Blue ya no podrá atenderlo.

Si tiene otro seguro

Informe sobre todos los detalles de otros seguros al programa en los siguientes casos:

- ◆ Su seguro de salud privado finaliza
- ◆ Obtiene seguro nuevo, incluida la cobertura patrocinada por el empleador en su trabajo
- ◆ Tiene preguntas sobre sus otros seguros

Llame a South Carolina Healthy Connections Medicaid al 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) si tiene otro seguro. También puede llamar a la oficina local de Medicaid del condado.

Es posible que aún pueda tener Medicaid si tiene otro seguro. Debe informar sobre su otro seguro para que Medicaid pueda coordinar con el otro seguro.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo por tener otro seguro de salud privado. Si los proveedores dicen que lo atenderán como paciente de Medicaid, deben aceptar su seguro de salud privado también.

Si tiene un accidente

Si ha tenido un accidente en el trabajo o ha sufrido un choque automovilístico, llámenos. Debe informarnos de inmediato sobre lo siguiente:

- ◆ Reclamación de compensación a los trabajadores
- ◆ Demanda por lesiones personales pendiente
- ◆ Demanda por mala praxis médica
- ◆ Accidente automovilístico donde usted estuvo involucrado

Si hay algún otro cambio que afecte su atención médica

Llámenos por cualquier otro cambio que pueda afectar su cobertura de salud. Por ejemplo, infórmenos cuando se mude o se produzca algún otro cambio en sus condiciones de vida o si cambia el tamaño de su familia.

Asegúrese también de informar a South Carolina Healthy Connections Medicaid si hay algún cambio llamando al 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620). Puede visitar apply.scdhhs.gov* para actualizar la información. Además, puede visitar su oficina de elegibilidad local.

Cuando es hora de renovar

Cada año, South Carolina Healthy Connections Medicaid verifica si los miembros aún son elegibles para Medicaid. Recibirá un formulario por correo cuando sea hora de renovar. Asegúrese de llenarlo y enviarlo de vuelta a South Carolina Healthy Connections Medicaid, aunque no haya cambios. Si no devuelve el formulario, usted o sus hijos perderán sus beneficios de South Carolina Healthy Connections Medicaid y Healthy Blue no podrá atenderlos.

Por eso es tan importante informar a South Carolina Healthy Connections Medicaid si su dirección cambia. De esa manera, su formulario le llegará al lugar correcto y en el momento correcto.

Una vez que obtenga el formulario de renovación, asegúrese de escribir con letra imprenta clara. Firme y feche el formulario. Incluya su número de teléfono y todos los documentos necesarios. Luego, envíe todo por correo a:

SCDHHS Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101

También puede hacerlo en línea. Visite apply.scdhhs.gov*. Seleccione **"Submit Annual Review"** (**Enviar revisión anual**). Siga los pasos a partir de ahí. Deberá configurar una cuenta si no tiene una.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos. Estaremos encantados de ayudarlo.

Parte 5: Empezar con Healthy Blue

¿Es nuevo en Healthy Blue? Estas son algunas cosas que debe hacer y saber.

Conserve sus tarjetas de identificación de South Carolina Healthy Connections Medicaid y Healthy Blue en todo momento. Deberá mostrarlas cada vez que reciba servicios de atención médica. No permita que nadie más use sus tarjetas de identificación.

Suscríbase a My Health Toolkit. Este es el portal seguro para miembros de nuestro sitio web. Asegúrese de configurar una cuenta para cada miembro de su familia que sea miembro de Healthy Blue.

Para crear una cuenta, visite www.HealthyBlueSC.com y elija **“Register Now” (Registrarme ahora)**. Se le pedirá que nos brinde cierta información, como su número de identificación de miembro, su nombre y su fecha de nacimiento. Luego, creará un nombre de usuario y una contraseña que utilizará cada vez que inicie sesión.

Una vez configurada su cuenta, puede usar My Health Toolkit para lo siguiente:

- ◆ Solicitar una nueva tarjeta de identificación de Healthy Blue
- ◆ Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)
- ◆ Enviarnos un correo electrónico seguro
- ◆ Ver su tarjeta de identificación de Healthy Blue
- ◆ Ver las reclamaciones que hemos pagado y más

También puede descargar la aplicación My Health Toolkit. Encuéntrela en App Store o en Google Play. Puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña que ya creó.

Asegúrese de que el PCP que figura en su tarjeta de identificación de Healthy Blue sea el que usted desea. Su PCP será su médico principal. Su PCP aprobará los tratamientos que necesite. Si desea un PCP diferente, use My Health Toolkit o llame al servicio de atención al cliente para informarnos o para que le ayudemos a elegir uno. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre del nuevo PCP en ella.

Llame al consultorio de su PCP para programar su primera visita médica. La primera reunión con su nuevo PCP es importante. Debe visitar a su PCP en un plazo de 90 días posteriores a su incorporación a Healthy Blue. Para saber más sobre cómo trabajamos con su PCP, lea la parte 6, “Cómo obtener atención”.

Sepa qué hacer en una verdadera emergencia. Si tiene una emergencia, pida ayuda de inmediato. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana. No necesita nuestra aprobación o la de su PCP para ir a una ER para recibir servicios en una verdadera emergencia.



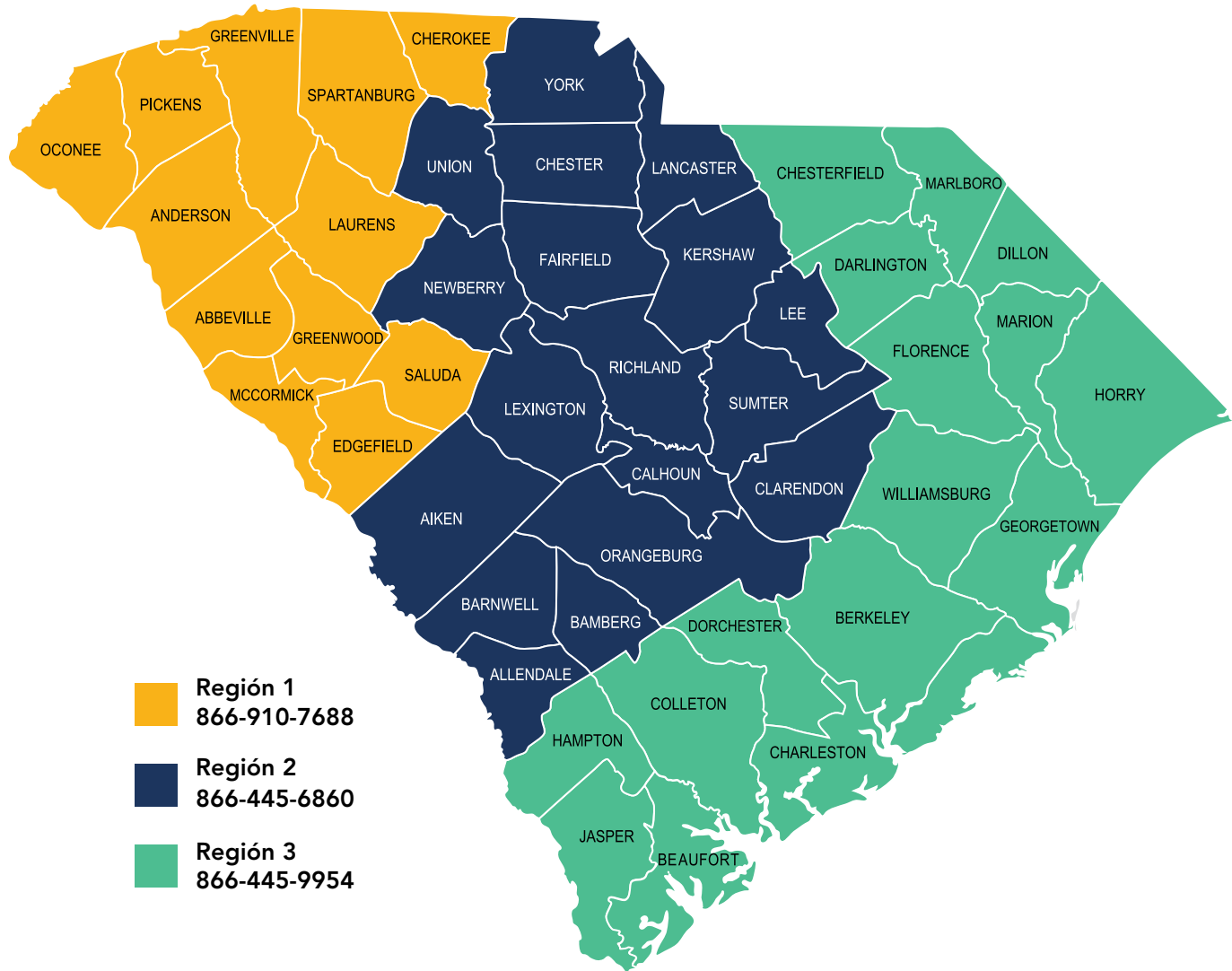
CONSEJO

Si no sabe qué hacer, puede llamar a la línea gratuita de enfermería las 24 horas del día al 800-830-1525 (TTY: 711). Tenga su tarjeta de identificación de Healthy Blue a mano cuando llame.



CONSEJO

¿Necesita servicios de traslado para ir a su visita médica? South Carolina Healthy Connections Medicaid ofrece servicios de traslado gratuitos en situaciones que no sean de emergencia. Para obtener traslados, encuentre su condado en el siguiente mapa. Llame al número de teléfono para obtener información sobre servicios de traslado en su región.



Parte 6: Cómo obtener atención

Su plan de atención médica tiene componentes móviles. Hemos facilitado su comprensión. En esta sección, se explica cómo usar su plan de salud.

Su camino hacia la atención médica con Healthy Blue empieza con sus tarjetas de identificación. Su proveedor de atención primaria (PCP) lo guiará en su camino, brindándole atención o ayudándolo a coordinarla a lo largo del trayecto. Además, otros profesionales de la atención médica, como especialistas, lo ayudarán cuando lo necesite. ¡Empecemos!

Sus tarjetas de identificación

Como miembro de Healthy Blue, usará dos tarjetas de identificación para recibir atención: su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación de Healthy Blue. Le enviaremos por correo su nueva tarjeta de identificación de Healthy Blue. Siempre puede obtener una copia digital en My Health Toolkit.

South Carolina Healthy Connections Medicaid le envía su tarjeta de identificación de Medicaid. Si tiene preguntas o necesita una nueva tarjeta de identificación de Medicaid, llame a South Carolina Healthy Connections Medicaid al 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620).



CONSEJO

Siempre lleve consigo ambas tarjetas. Deberá mostrar ambas cuando reciba atención médica. South Carolina Healthy Connections Medicaid cubre algunos servicios. Healthy Blue cubre otros. Si muestra ambas tarjetas de identificación, los proveedores podrán presentar su reclamación de manera correcta.

Así se ve una tarjeta de identificación de Healthy Blue:

 Healthy Blue BlueChoice® HealthPlan of SC	Healthy Connections 
MIEMBRO NOMBRE DEL SUSCRITOR IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO ZCD123456789	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) NOMBRE DEL PROVEEDOR XXX-XXX-XXXX
RxBIN RxPCN RxGROUP	025771 FMCAID RX42AS

Miembro: Muestre esta tarjeta y su tarjeta de Healthy Connections cuando reciba servicios cubiertos. Consulte su manual para miembros para conocer más acerca de los beneficios cubiertos.

En una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. No necesita una aprobación anticipada. Nosotros pagaremos por estos servicios. Pida al hospital que llame a su PCP de inmediato.

Proveedores: Esta tarjeta sirve para fines de identificación y no constituye una prueba de elegibilidad. Este miembro tiene beneficios limitados fuera de Carolina del Sur. Los proveedores deben solicitar información de elegibilidad.

Reclamaciones fuera del estado: Los proveedores presentan las reclamaciones ante el Plan BlueCross o BlueShield donde el miembro recibió servicios.

www.HealthyBlueSC.com

Miembros

Servicio de atención al cliente: 866-781-5094

Línea TTY: 866-773-9634

Línea de enfermería las 24 horas del día: 800-830-1525

Servicio de atención al cliente de farmacia: 866-781-5094

Proveedores

Ayuda para farmacéuticos: 833-253-4711

Servicio telefónico de atención al proveedor: 866-757-8286

Healthy Blue
P.O. Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

Healthy Blue se ofrece mediante BlueChoice HealthPlan, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

B99

Su tarjeta de identificación incluye lo siguiente:

- ◆ Su nombre y su número de identificación de miembro
- ◆ El nombre y número de teléfono de su PCP
- ◆ Nuestro nombre, dirección y número de teléfono gratuito del servicio de atención al cliente
- ◆ El número de teléfono de la línea de enfermería las 24 horas del día y del servicio de atención al cliente de farmacia
- ◆ Qué hacer en una emergencia

Recibirá una nueva tarjeta de identificación en los siguientes casos:

- ◆ Cambia de PCP
- ◆ Pierde su tarjeta de identificación y solicita una nueva

Si no ha recibido su tarjeta de identificación de Healthy Blue o si necesita una nueva, llame al servicio de atención al cliente.

El miembro que figura en la tarjeta es la única persona que puede usarla. Si otros miembros de su hogar tienen Healthy Blue, cada uno recibirá una tarjeta de nuestra parte con su nombre. Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación, es posible que no podamos mantenerlo en nuestro plan.

Avísenos si le robaron su tarjeta de identificación de Healthy Blue. Se lo comunicaremos al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de Healthy Blue.

Su proveedor de atención primaria

Un PCP es su proveedor de atención médica principal. Su tarjeta de identificación de Healthy Blue tendrá el nombre del PCP que elija o su PCP asignado si no eligió uno. **Asegúrese de que el PCP que figura en su tarjeta de identificación de Healthy Blue sea el que usted desea.** Si desea un PCP diferente, llame al servicio de atención al cliente para avisarnos o para que lo ayudemos a elegir uno.

Su PCP debe estar en nuestra red. Si estuvo bajo el cuidado de un PCP que no pertenece a nuestra red cuando se convirtió en miembro de nuestro plan de salud, es posible que pueda quedarse con ese médico por un corto tiempo. Llame al servicio de atención al cliente para averiguarlo.

Un PCP puede ser cualquiera de estos tipos de proveedores:

- ◆ Pediatra: un médico que solo atiende a bebés y niños.
- ◆ Médico general y de familia: un médico que atiende a bebés, niños y adultos.
- ◆ Internista: un médico que atiende a adultos y trata problemas relacionados con los órganos internos del cuerpo.
- ◆ Obstetra/ginecólogo (ginecoobstetra): un médico que solo atiende a mujeres. Las mujeres pueden elegir un ginecoobstetra como su PCP o pueden visitar a su ginecoobstetra sin la aprobación de su PCP.
- ◆ Clínicas, como departamentos de salud pública, centros de salud con calificación federal (FQHC) y clínicas rurales (RHC)

Si necesita ver a un especialista u otro tipo de proveedor de atención médica, su PCP puede ayudarlo a encontrar uno. Si necesita un servicio que requiera una autorización previa de nuestra parte, su PCP se encargará de ese proceso por usted.

Directorio de proveedores

Un directorio de proveedores es una lista de los proveedores de nuestra red. Si necesita que le enviemos un directorio de proveedores impreso o que lo ayudemos a elegir al médico ideal para usted, llámenos. También puede encontrar un PCP en www.HealthyBlueSC.com.



CONSEJO

Agregamos a los nuevos proveedores y hospitales al directorio de proveedores en línea en cuanto se unen a nuestra red. Siempre encontrará los detalles más actualizados en línea. Si no tiene acceso a internet, llame al servicio de atención al cliente. Le enviaremos una copia impresa del directorio de proveedores sin costo alguno.

Para encontrar el directorio de proveedores en línea, visite nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com y seleccione "Find a Doctor" (Encontrar un médico). Desde ahí, puede hacer lo siguiente:

- ◆ Crear e imprimir un directorio
- ◆ Buscar un proveedor según su código postal
- ◆ Buscar centros como clínicas de atención de urgencia, centros de imágenes por rayos X, entre otras cosas
- ◆ Encontrar más información acerca de un PCP o un especialista, como la especialidad del médico, su facultad de medicina, su formación en residencia o su certificación por el Colegio de Médicos

Esto abrirá una lista de proveedores en su área. En esta lista también se le mostrará si un médico está aceptando nuevos pacientes. En el directorio también figurarán las direcciones, los números de teléfono, los idiomas y el horario de atención de los proveedores. Busque en el directorio de proveedores para encontrar un PCP que sea ideal para usted y su familia.



CONSEJO

Los PCP para menores están enumerados debajo de "Pediatria", "Medicina familiar" o "Practica general".

Los PCP para adultos están enumerados debajo de "Medicina familiar", "Practica general" o "Medicina interna". Las mujeres embarazadas deben buscar proveedores enumerados debajo de "Obstetricia y ginecologia" o "Medicina familiar".

Su primera visita

Les pedimos a todos nuestros nuevos miembros que visiten a su PCP dentro de los primeros 90 días tras unirse a nuestro plan de salud. La primera reunión con su nuevo PCP es importante. Su PCP hará lo siguiente:

- ◆ Lo conocerá
- ◆ Le enseñará formas de mejorar su salud o lo ayudará a mantenerse saludable
- ◆ Le hará preguntas sobre su salud
- ◆ Lo ayudará a entender sus necesidades médicas

Llame a su PCP hoy mismo para programar una visita.

Atención de rutina

Su PCP le brindará atención de rutina. Llame a la oficina de su PCP para programar una visita médica e informe que usted es miembro de Healthy Blue. Es posible que le pidan su número de identificación de miembro, por lo que debe tener su tarjeta de identificación a mano.

Debería poder visitar a su PCP en un plazo de cuatro a seis semanas a partir de la fecha de su llamada. No debería esperar más de 45 minutos para su cita programada.

Cuando vaya a alguna visita médica, lleve su tarjeta de identificación de South Carolina Healthy Connections Medicaid y su tarjeta de identificación de Healthy Blue.

Llegue a tiempo a sus visitas médicas. Llame al consultorio de su PCP lo antes que pueda si llegará tarde. Esto ayudará a reducir el tiempo de todos en la sala de espera. Además, es posible que su PCP no pueda atenderlo si llega tarde. De ser así, el personal del consultorio de su PCP lo ayudará a programar una nueva visita.

Asegúrese de llamar a su PCP si necesita cambiar o cancelar su cita. De esa forma, el personal puede darle su cita a alguien más que lo necesite. Un PCP puede negarse a seguir atendiéndolo como paciente si siempre se presenta tarde o no se presenta sin antes comunicarse con el consultorio.

Atención que recibe cuando está enfermo

Su PCP lo atenderá cuando esté enfermo. Llame a su PCP y dígame al personal que está enfermo y que desea ver al médico o hablar con un enfermero. Si necesita dejar un mensaje, asegúrese de decir

claramente su nombre, el número de teléfono al que lo puedan llamar y cualquier otra información que le soliciten, como su fecha de nacimiento.

Qué hacer si el consultorio de su PCP está cerrado

Si llama a su médico fuera del horario de atención normal, escuche con cuidado el mensaje que se le dirá. Es posible que se le pida o diga lo siguiente:

- ◆ Que deje su nombre, su número de teléfono u otra información, como su fecha de nacimiento
- ◆ Cómo comunicarse o derivarlo a un médico de turno para que le devuelvan la llamada en menos de 30 minutos

Para recibir ayuda en cualquier momento del día o la noche, también puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas del día al número gratuito 800-830-1525 (TTY: 711). Un enfermero puede ayudarlo a decidir si necesita buscar atención en otro lugar, como en un centro de atención de urgencia, cuando el consultorio de su médico esté cerrado.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o a su número de emergencia local o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana.

Cambiar de PCP

En general, lo mejor es conservar el mismo PCP. De esa forma, su PCP conoce sus necesidades y antecedentes médicos. Puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Si desea hacerlo, llámenos. Queremos que esté satisfecho con su PCP.

Si desea cambiar de PCP, recuerde:

- ◆ Debe elegir a un médico que acepte a nuevos pacientes. Podemos ayudarlo a encontrar uno. Es posible que su solicitud de cambio de PCP sea denegada si el PCP al que desea acudir no está aceptando nuevos pacientes.
- ◆ El PCP debe estar en nuestra red.
- ◆ Su cambio de PCP entrará en vigencia el día de su solicitud.
- ◆ Obtendrá una nueva tarjeta de identificación de nuestra parte con el nombre de su nuevo PCP en ella.
- ◆ Debe solicitar que se envíe su historia médica a su nuevo PCP.

Su PCP puede pedirle que cambie de PCP en los siguientes casos:

- ◆ Su PCP actual sale de nuestra red.
- ◆ Usted sigue programando visitas médicas y no se presenta.
- ◆ A menudo llega tarde a sus visitas médicas.
- ◆ Trata mal o es maleducado con el personal del consultorio de su PCP.
- ◆ Altera el ambiente en el consultorio de su PCP.

Si su PCP o especialista sale de la red de Healthy Blue, le enviaremos una carta para avisarle. Si nos enteramos con anticipación de que el proveedor saldrá de la red, recibirá la carta al menos 30 días antes del día efectivo de su salida. Si nos enteramos más tarde de que el proveedor saldrá, le enviaremos la carta lo antes posible. Le enviaremos una notificación en un plazo de 15 días después de ser informados sobre la rescisión del proveedor.

Tipos de atención

Es posible que, en ocasiones, necesite ver a otro médico además de su PCP. A veces esta atención puede requerir aprobación de nuestra parte antes de que la reciba. Asegúrese de leer la sección "Autorización previa" de la parte 6, "Cómo recibir atención", para obtener más información.

Atención de salud conductual

Este tipo de atención lo ayuda con los siguientes tipos de problemas:

- ◆ Estrés extremo, depresión o ansiedad
- ◆ Problemas matrimoniales, familiares o relacionados con la crianza
- ◆ Abuso de alcohol y drogas

Si es médicamente necesario, puede recibir lo siguiente:

- ◆ Atención de salud mental con hospitalización
- ◆ Tratamiento ambulatorio intensivo de salud mental o por consumo de sustancias
- ◆ Tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias
- ◆ Hospitalización parcial para tratamiento por consumo de sustancias
- ◆ Atención de salud mental o tratamiento por consumo de sustancias ambulatorios

Cubrimos los servicios médicamente necesarios para todos los miembros que reciban atención en un hospital contratado o en un centro del Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas de Carolina del Sur (DAODAS). Su médico puede enviarlo a un hospital psiquiátrico o para el consumo de sustancias certificado que acepte a miembros de su edad, o usted puede elegir uno por su cuenta. Su elección puede requerir una aprobación si el especialista que elije no forma parte de nuestro plan.

Para recibir servicios ambulatorios, estos tipos de trabajadores de atención médica pueden brindar atención de salud mental o por consumo de sustancias ambulatoria cubierta:

- ◆ Psiquiatras
- ◆ Centros de salud mental ambulatoria
- ◆ Psicólogos
- ◆ Trabajadores sociales licenciados, enfermeros psiquiátricos licenciados y otros proveedores licenciados con maestría
- ◆ Centros de DAODAS y los profesionales que trabajan allí
- ◆ Centros comunitarios de salud mental del Departamento de Salud Mental y los profesionales que trabajan allí
- ◆ Centros del Departamento de Educación y los profesionales que trabajan allí
- ◆ Centros del Departamento de Justicia Juvenil y los profesionales que trabajan allí
- ◆ Centros de rehabilitación de salud conductual y los profesionales que trabajan allí

Llame al servicio de atención al cliente para recibir ayuda para encontrar atención, como el nombre de un especialista en salud conductual. Si piensa que un especialista en salud conductual no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo a encontrar un tipo de especialista diferente.



CONSEJO

No necesita una derivación de su PCP para obtener estos servicios o visitar a un especialista de la salud conductual en su red. Si está teniendo una crisis o se siente abrumado, marque el 988 para llamar a la línea directa para casos de suicidio y crisis.

Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP o especialista en salud conductual puede pedirnos que aprobemos antes de que pueda recibirlos. Su médico podrá decirle cuáles son. Además, puede llamar al servicio de atención al cliente si tiene preguntas sobre las aprobaciones o cuándo las necesita.

Atención de urgencia

Una afección médica urgente no es una emergencia, pero necesita atención médica en un plazo de 48 horas. Si usted tiene una afección médica urgente, llame a su PCP. Si necesita hacer una visita urgente al médico, obtendrá una dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud.

Si no puede comunicarse con su PCP:

- ◆ Llámenos al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634).
- ◆ Llame a la línea de enfermería las 24 horas del día al 800-830-1525 (TTY: 711).
- ◆ Vaya a un centro de atención de urgencia. Use el directorio de proveedores de nuestro sitio web para encontrar uno cerca de usted. También puede llamar al servicio de atención al cliente.

Atención de especialistas

Su PCP puede derivarlo a un especialista para que reciba atención o tratamiento especializados. No necesita una derivación para ver a un especialista, pero el personal del consultorio de su PCP puede ayudarlo a programar la visita. Su PCP trabajará con usted para elegir a un especialista que le brinde la atención que necesita. Asegúrese de contarle a su PCP y al especialista lo más que pueda sobre su salud, para que todos puedan decidir lo que es mejor para usted.

No necesita aprobación de su PCP para estos tipos de atención:

- ◆ Planificación familiar y suministros la red
- ◆ Servicios de ginecología y obstetricia dentro de ◆ Atención de emergencia

Si el especialista que necesita está en nuestra red, su PCP no necesita solicitar nuestra aprobación. Los especialistas dentro de la red pueden tratarlo durante todo el tiempo que consideren necesario.

Si el especialista no está en nuestra red, su PCP debe pedirnos que aprobemos su visita. Si visita a un especialista u obtiene servicios especializados de un proveedor que no pertenece a la red antes de recibir nuestra aprobación, no cubriremos los servicios. Si denegamos una solicitud de pago de atención especializada, le enviaremos una carta donde se indique por qué la denegamos. En la carta también le informaremos cómo puede apelar la decisión si no está de acuerdo con la denegación. Asegúrese de leer la parte 16, "Obtener ayuda con un problema".

En ocasiones, nuestra red puede no tener el tipo de médico que necesita. No tiene que pagar el costo por visitar a un médico fuera de su red en los siguientes casos:

- ◆ Su PCP dice que usted necesita atención de ese tipo de médico.
- ◆ Nosotros aprobamos la solicitud.

Telesalud

Asegúrese de preguntar si su PCP ofrece servicios de telesalud. Esto le permite conversar con su PCP por video en su teléfono inteligente, tableta o computadora. Puede compartir lo que le ocurre a usted o a su hijo. Su PCP puede diagnosticar la enfermedad o lesión, decirle cómo tratarla e incluso enviar una receta a la farmacia por usted. Esta es una excelente opción para los momentos en los que el consultorio de su PCP esté cerrado o usted no pueda ir.

Línea de enfermería las 24 horas del día

La línea de enfermería las 24 horas del día le permite hablar en privado con un enfermero registrado sobre su salud en cualquier momento, de día o de noche.

Autorización previa

Una autorización previa (PA) es una aprobación de Healthy Blue para recibir algunos servicios, antes de que los reciba. Su PCP o especialista nos solicitará esta aprobación en caso de ser necesario. De esta manera, nos aseguraremos de cubrir los servicios antes de que los reciba.

Una PA significa que tanto Healthy Blue como su médico aceptan que los servicios son **médicamente necesarios**. Los servicios médicamente necesarios son servicios que el programa estatal de Medicaid cubre, incluido cualquier límite en el tratamiento. Cuando un servicio es médicamente necesario y es un beneficio

cubierto, Healthy Blue pagará por él siempre y cuando usted sea elegible.

Obtener una aprobación no tardará más de 14 días calendario. Si es urgente, tardará no más de 72 horas.

Es posible que no aprobemos el servicio que usted o su PCP solicitan. Les enviaremos a usted y a su PCP una carta explicándoles por qué no cubrimos el servicio. Esta carta se denomina "determinación de beneficios adversa". En la carta también le informaremos cómo apelar nuestra decisión. Lea más acerca de nuestro proceso de apelaciones en la parte 16, "Obtener ayuda con un problema".

Si tiene preguntas, usted o su PCP pueden llamar al servicio de atención al cliente.

Estos son algunos servicios que pueden requerir aprobación de nuestra parte:

- ◆ Audiología (servicios auditivos)
- ◆ Servicios de salud conductual y por trastornos por consumo de sustancias
- ◆ Atención médica en el hogar
- ◆ Servicios de hospitalización
- ◆ Atención a largo plazo
- ◆ Algunos exámenes de laboratorio y rayos X
- ◆ Algunos servicios de traslado
- ◆ Ciertos medicamentos con receta cubiertos por su beneficio médico
- ◆ Algunos servicios de terapia (física, ocupacional o del habla)
- ◆ Cirugía ambulatoria

Nota importante

Algunos hospitales y proveedores pueden negarse a prestar algunos servicios cubiertos por motivos morales o religiosos. Entre estos servicios, se incluyen los siguientes:

- ◆ Planificación familiar y suministros
- ◆ Servicios anticonceptivos, incluidos métodos anticonceptivos de emergencia
- ◆ Esterilización, que incluye ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y del parto
- ◆ Aborto (decidir poner fin a un embarazo)

Si desea recibir estos servicios, pero su proveedor u hospital no los realiza, llame al servicio de atención al cliente. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor u hospital que lo haga.

Solicitudes no urgentes de rutina

Obtener una decisión no tardará más de 14 días calendario. Healthy Blue puede extender el plazo de la decisión hasta 14 días calendario adicionales de ser necesario.

Solicitudes previas de servicio urgentes

Obtener una decisión no tardará más de 72 horas. Existen determinadas situaciones en las que el plazo urgente puede extenderse:

- ◆ Si Healthy Blue necesita más información, podemos extender el plazo para obtener la información necesaria.
- ◆ Si la solicitud no cumple con los criterios para una solicitud acelerada/urgente.

Si la solicitud no cumple con los requisitos, será tratada como una solicitud estándar y se revisará en un plazo de 14 días calendario.

Para todas las solicitudes previas de servicio, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una extensión. Debe llamar al proveedor que ordenó el tratamiento o llamar al servicio de atención al cliente para solicitar una extensión de una autorización.

Si Healthy Blue extiende el plazo, le enviaremos una carta con el motivo de la extensión y le explicaremos sobre su derecho a presentar un reclamo si no está de acuerdo con la decisión. Lea más acerca de los reclamos en la parte 16, "Obtener ayuda con un problema".

Cómo decidimos qué cubrir

Healthy Blue quiere asegurarse de que sus miembros reciban los servicios médicos que necesitan. Para hacerlo, debemos decidir qué servicios cubriremos. Denominamos a este proceso "gestión de la utilización" (UM). Trabajamos con médicos y otros proveedores de salud locales para decidir qué servicios son necesarios y apropiados para que nuestros miembros reciban cobertura completa. Los servicios médicamente necesarios son los servicios cubiertos por el programa estatal de Medicaid, incluido cualquier límite en el tratamiento.

Usted y su PCP siempre deciden lo que es mejor para su salud. Si su médico nos pide que aprobemos el pago de ciertos servicios de atención médica, basamos nuestra decisión en dos cosas:

- ◆ Si la atención es médicamente necesaria
- ◆ Los beneficios de atención médica que tiene

Además, debe saber que Healthy Blue no paga a los médicos de Medicaid ni a otros empleados de atención médica que toman decisiones de UM para lo siguiente:

- ◆ Denegarle la atención
- ◆ Aprobar menos atención de la que necesita
- ◆ Decir que usted no tiene cobertura

En ocasiones, pedimos a otras compañías que no forman parte de Healthy Blue que nos ayuden a decidir si la atención es apropiada. Algunos ejemplos son aquellas personas que son expertas en el uso de rayos X y otros servicios de imágenes.

Si usted o su médico tienen preguntas sobre nuestro programa de UM, llame al servicio de atención al cliente.

Revisiones de servicios

Healthy Blue proporciona revisiones de PA, de estancia continuada y posteriores al servicio utilizando criterios clínicos basados en directrices clínicas basadas en la evidencia y en políticas médicas. Estos criterios están a disposición de los miembros, médicos y otros proveedores de atención médica que los soliciten poniéndose en contacto con el departamento de UM llamando al 866-757-8286. Se ofrece asistencia lingüística para ayudar a los miembros a tratar temas relacionados con la UM.

Continuidad de la atención

A veces, podemos permitir a los miembros seguir recibiendo tratamiento sin costo alguno con un proveedor de atención médica que no pertenece a nuestra red. Esto puede ocurrir en los siguientes casos:

- ◆ Un miembro es nuevo en Healthy Blue y ya recibe atención de un proveedor de atención médica que no forma parte de la red de Healthy Blue.
- ◆ Un miembro recibe tratamiento continuo de un proveedor cuyo contrato ha finalizado con Healthy Blue por motivos que "no son por causa". Existen motivos que no están relacionados con la calidad de la atención o el cumplimiento de otros requisitos del contrato o de las normas.

Cuando esto ocurre, Healthy Blue:

- ◆ Permitirá que los nuevos miembros reciban tratamiento continuo de un proveedor de atención médica que no pertenece a nuestra red hasta 90 días calendario a partir de la fecha en la que el miembro se inscribió en Healthy Blue.

- ◆ Permitirá que las nuevas miembros en su primer trimestre de embarazo que reciben servicios prenatales cubiertos médicamente necesarios sigan recibiendo estos servicios sin aprobación previa y sin importar si el proveedor pertenece o no a nuestra red. Podemos pasar a las miembros a un proveedor de la red si hacerlo no afecta los servicios. Entre los servicios prenatales médicamente necesarios, se incluye la atención prenatal, el parto o la atención postnatal.
- ◆ Permitirá a las nuevas miembros en su segundo o tercer trimestre de embarazo que reciban servicios prenatales cubiertos médicamente necesarios seguir recibiendo estos servicios con el proveedor de atención prenatal a lo largo del período posparto.
- ◆ Establecerá la continuidad de la atención para los miembros de que participen en un programa de tratamiento activo con un proveedor cuyo contrato haya finalizado con Healthy Blue.

Parte 7: Lo que Healthy Blue cubre

En esta sección podrá ver sus beneficios de Healthy Blue. Para obtener estos beneficios, la atención debe ser médicamente necesaria. Los servicios médicamente necesarios son aquellos que el programa estatal de Medicaid cubre, incluidos sus límites en el tratamiento.

Servicios médicos y de farmacia

Como miembro, no tiene copagos para ningún servicio.

Dental

South Carolina Healthy Connections Medicaid le brinda beneficios dentales a través de DentaQuest.

Guía de referencia de beneficios

Estos son los beneficios que puede obtener a través de Healthy Blue cuando los servicios son médicamente necesarios. Tenga presente que algunos de estos servicios deben recibir aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra antes de recibirlos. Además, debe acudir a un proveedor que pertenezca a su plan. Si recibe atención que no sea de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a su plan y necesita obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención, tendrá que pagar por el tratamiento o servicio. Asegúrese de leer la sección "Autorización previa" de la parte 6, "Cómo recibir atención", para obtener más información.

Si desea saber más acerca de lo que está cubierto, llame al servicio de atención al cliente.

Abortos

Autorización previa: sí

Respetamos todas las leyes y normas federales y estatales. Cubriremos los abortos y servicios relacionados solo si el médico certifica por escrito que los servicios son necesarios para salvar la vida de la madre o para poner fin a un embarazo causado por violación o incesto.

Ambulancia (traslado de emergencia)

Autorización previa: no

Cubrimos el uso de una ambulancia o ambulancia aérea para llevarlo al hospital si es médicamente necesario.

Consulte también *Traslados en situaciones que no sean de emergencia*.

Servicios médicos auxiliares

Cubrimos los servicios médicos que su médico ordene.

Consulte también *Servicios independientes de laboratorio y rayos X y Terapia: física, ocupacional y del habla*.

Audiología (servicios auditivos)

Autorización previa: no

Para menores de 21 años, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Audífonos y suministros complementarios
- ◆ Exámenes auditivos
- ◆ Moldes auriculares
- ◆ Servicios preventivos y correctivos

Para los adultos mayores de 21 años con pérdida auditiva neurosensorial unilateral o bilateral grave a profunda, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Colocación, reemplazo y mantenimiento de implantes cocleares

Trastorno del espectro autista

Autorización previa: sí, excepto los servicios de diagnóstico.

Cubrimos los servicios para miembros menores de 21 años a los que se les ha diagnosticado trastorno del espectro autista (TEA).

Servicios de salud conductual y por trastornos por consumo de sustancias

Autorización previa: sí

Cubrimos servicios de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios y hospitalizados, incluido lo siguiente:

- ◆ Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados agudos
- ◆ Servicios de apoyo comunitario

Cubrimos una evaluación por miembro cada seis meses. Podemos aprobar más si es médicamente necesario.

Además, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Entrevistas de diagnóstico psiquiátrico realizadas por un médico, psiquiatra, psicólogo o enfermero psiquiátrico profesional
- ◆ Servicios de salud conductual administrados en la sala de emergencias (ER)
- ◆ Atención en un centro residencial de tratamiento psiquiátrico
- ◆ Servicios por consumo de sustancias
- ◆ Hospitalización parcial
- ◆ Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo

Estos servicios ayudan a mejorar el funcionamiento diario y la calidad de vida.

Si recibe una factura:

Healthy Blue pagará todos los costos de los servicios cubiertos. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, no debería recibir una factura de los proveedores de nuestra red.

Es posible que deba pagar costos en los siguientes casos:

- ◆ Aceptó con anticipación pagar por servicios que no cubrimos o no aprobamos.
- ◆ Aceptó con anticipación pagar por servicios de un proveedor que no pertenece a nuestro plan y no recibió nuestra aprobación con anticipación, pero solicitó el servicio de todas formas.

Si recibe una factura y no piensa que deba pagar los costos, llame al servicio de atención al cliente. Tenga la factura a mano para que pueda decirnos la fecha de servicio, el monto cobrado y por qué se le facturó. En ocasiones, un proveedor puede enviarle una declaración que no es una factura. Le diremos si tiene que pagarla.

Cubrimos estos servicios si son administrados por el Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas de Carolina del Sur (DAODAS):

- ◆ Servicios nocturnos de desintoxicación social en un entorno no médico para ayudar a la persona a dejar de consumir drogas o alcohol
- ◆ Programas de servicios residenciales nocturnos para ayudar a la persona a mantenerse libre de sustancias
- ◆ Programa hospitalario parcial y programa ambulatorio intensivo
- ◆ Entrevistas de diagnóstico psiquiátrico
- ◆ Psicoterapia grupal, familiar e individual
- ◆ Pruebas psicológicas
- ◆ Apoyo familiar y de pares
- ◆ Servicios de rehabilitación de la salud conductual

Consulte también *Dejar de fumar/consumir tabaco*.

Servicios quiroprácticos

Autorización previa: sí

Estos incluyen servicios médicamente necesarios, limitados a servicios en los que se usan las manos para volver a alinear los huesos de la columna. Cubrimos hasta seis visitas por año de beneficios.

Enfermedad renal crónica/diálisis

Autorización previa: no

Estos servicios son para miembros con problemas renales que no pueden resolverse. Estos miembros también necesitan diálisis de rutina para mantenerse vivos. Cubrimos lo siguiente:

- ◆ Hemodiálisis
- ◆ Diálisis peritoneal
- ◆ Otros procedimientos de diálisis

Servicios para enfermedades transmisibles

Autorización previa: no

Estos servicios ayudan a controlar y detener la propagación de las enfermedades de una persona a otra. Estos incluyen tuberculosis (TB), infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH o sida.

Puede recibir atención por estas enfermedades en cualquier agencia de salud pública estatal. Cubriremos lo siguiente:

- ◆ Exámenes y revisiones
- ◆ Educación sobre temas de salud
- ◆ Consejería
- ◆ Rastreo de contactos que sigue las reglas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- ◆ Cierta atención de alcance para terapia de observación directa para la TB

Servicios dentales

Medicaid regular cubre la atención dental para menores y adultos. Consulte la parte 8, “Lo que Medicaid regular cubre”, para obtener más información.

Clínicas de evaluación del desarrollo

Estos servicios sirven para encontrar y ayudar a los miembros de 0 a 21 años que puedan tener retraso del desarrollo o un problema conductual, de aprendizaje u otro problema médico.

Suministros para la diabetes

Autorización previa: sí

Sus beneficios médicos y de farmacia cubren lo siguiente:

- ◆ Monitores de glucosa en sangre, incluidos monitores continuos de glucosa en sangre
- ◆ Tiras de prueba
- ◆ Lancetas

Sus beneficios médicos cubren lo siguiente:

- ◆ Un par de zapatos para diabéticos al año
- ◆ Bombas de insulina para diabetes tipo 1
- ◆ Tres pares de plantillas de zapatos para diabéticos al año

Límites: No cubrimos bombas de insulina para diabetes tipo 2.

Equipo médico duradero (DME) y suministros desechables

Autorización previa: algunos artículos necesitan aprobación de su médico o nuestra primero.

El DME es equipo médico que puede usarse más de una vez. Los suministros desechables son suministros que no pueden volver a utilizarse y se desechan. Cubrimos estos suministros si es médicamente necesario y cuando los usa una persona que está enferma o lesionada:

- ◆ Equipo de tracción
- ◆ Andadores
- ◆ Suministros quirúrgicos
- ◆ Bastones
- ◆ Muletas
- ◆ Ventiladores
- ◆ Dispositivos protésicos
- ◆ Dispositivos ortésicos
- ◆ Productos médicos:
- ◆ Oxígeno
- ◆ Audífonos y piezas auditivas
- ◆ Suministros para la incontinencia
- ◆ Suministros para la diabetes
- ◆ Equipo de seguridad para bañarse
- ◆ Nebulizadores
- ◆ Sillas de ruedas
 - Las sillas de ruedas eléctricas pueden reemplazarse cada siete años. No cubrimos los accesorios para las sillas de ruedas, como sujetadores de muletas o bastones, sombrillas y almohadas, que no son médicamente necesarios.

Servicios de exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)/visitas preventivas para menores

Autorización previa: no

Cubrimos estas visitas para exámenes médicos, así como el diagnóstico, el tratamiento y las vacunas para menores hasta el mes en el que cumplan 21 años.

Consulte la parte 10, "Beneficios y programas para menores", para obtener más información.

Servicios de emergencia y postestabilización

Autorización previa: no

Todos los servicios de emergencia están cubiertos. No necesita nuestra aprobación para recibir ninguno de estos servicios. También cubrimos la atención postestabilización. Estos son servicios que usted recibe después de la atención médica de emergencia para mantener su afección bajo control. Para obtener más información, consulte la parte 12, "Atención de urgencia y emergencia".

Llame al 911 o a su número de emergencia local o visite la ER más cercana de inmediato para recibir atención médica de emergencia.

Traslados de emergencia

Consulte *Ambulancia*.

Planificación familiar

Autorización previa: no

Estos servicios pueden ayudarlo si desea saber cómo:

- ◆ Estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada.
- ◆ No quedar embarazada.
- ◆ Protegerse de las ITS.

Cubrimos lo siguiente:

- | | | |
|--|-----------------------|--|
| ◆ Visitas médicas de control de la natalidad | ◆ Consejería | ◆ Esterilizaciones no terapéuticas (ligadura de trompas) |
| ◆ Educación sobre planificación familiar y suministros | ◆ Anticonceptivos | ◆ Servicios de laboratorio para planificación familiar |
| | ◆ Pruebas de embarazo | |
| | ◆ Pruebas de ITS | |

Busque en su directorio de proveedores para encontrar un proveedor que ofrezca estos servicios.

No cubrimos lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| ◆ Cirugía para revertir la esterilización | ◆ Tratamientos de fertilidad, como inseminación artificial y fecundación <i>in vitro</i> |
| ◆ Histerectomía para esterilización | |

Servicios en centros de salud federalmente calificados (FQHC) y clínicas rurales (RHC)

Autorización previa: no

Cubrimos la atención preventiva, la atención primaria y los servicios para ayudar a controlar y prevenir enfermedades transmisibles.

Atención médica domiciliaria

Autorización previa: sí

Entre estos servicios, se incluye la visita de un enfermero especializado a su hogar. Cubrimos lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| ◆ Hasta 50 visitas médicas a domicilio por cada año calendario | ◆ Suministros y equipo médicos diseñados para uso doméstico |
| ◆ Un auxiliar de salud a domicilio | ◆ Terapia física, ocupacional y del habla |

No cubrimos servicios de atención personal.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

Autorización previa: sí

La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados implica que tenga que quedarse toda la noche en el hospital. Cubrimos lo siguiente:

- ◆ Una habitación semiprivada
- ◆ Servicios de maternidad
- ◆ Atención en unidades especiales
- ◆ Salas de parto
- ◆ Salas de operaciones
- ◆ Suministros
- ◆ Pruebas médicas y rayos X
- ◆ Medicamentos que el personal del hospital le administra durante su hospitalización
- ◆ Transfusiones de sangre
- ◆ Radioterapia
- ◆ Quimioterapia
- ◆ Tratamiento de diálisis
- ◆ Comidas y dietas especiales
- ◆ Atención de enfermería general
- ◆ Anestesia
- ◆ Anestesia para procedimientos dentales si es una emergencia
- ◆ El diseño del plan cuando sale del hospital
 - Estos incluye atención futura si la necesita.
- ◆ Rehabilitación en el hospital
- ◆ Cirugía
- ◆ Cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía completa o parcial por alguna razón médica

Límites:

- ◆ Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados se limitan a los servicios hospitalarios de atención aguda general enumerados anteriormente.
- ◆ Las habitaciones privadas no están cubiertas, a menos que sea médicamente necesario.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Autorización previa: sí

Los servicios de atención hospitalaria para pacientes ambulatorios son servicios que puede recibir en el hospital y que no requieren que se quede toda la noche.

Cubrimos estos tipos de servicios que recibe en un entorno de atención ambulatoria, como los siguientes:

- ◆ Atención para prevenir enfermedades, averiguar lo que tiene y tratarlo
- ◆ Rehabilitación
- ◆ Atención de emergencia
- ◆ Tratamiento de enfermedad renal y diálisis
- ◆ Evaluación y pruebas de neurodesarrollo o desarrollo mental para menores de 21 años
- ◆ Terapia física, ocupacional o del habla
- ◆ Planificación familiar
- ◆ Medicamentos ordenados por un médico
- ◆ Transfusiones de sangre
- ◆ Cirugía que no finaliza en una hospitalización
- ◆ Esterilización (cirugía realizada para evitar que una mujer quede embarazada)



CONSEJO

No necesita aprobación de su PCP para recibir atención de planificación familiar. Puede acudir a cualquier enfermero o partero certificado o a una clínica de planificación familiar que sea proveedor de Medicaid, incluso si dicho proveedor no forma parte de la red de Healthy Blue.

Histerectomías

Autorización previa: sí

Respetamos todas las leyes y normas federales y estatales. Cubrimos las histerectomías si no son electivas y son médicamente necesarias. Consulte la parte 9, "Lo que Healthy Blue y Medicaid regular no cubren", para ver las exclusiones.

Centros institucionales de atención a largo plazo y residencias para personas mayores

Autorización previa: sí

Cubrimos los primeros 90 días o hasta que se anule su inscripción en nuestro plan cuando reciba aprobación y sea admitido en un centro de atención a largo plazo o residencia para personas mayores. Después de los primeros 90 días, South Carolina Healthy Connections Medicaid cubrirá los servicios hasta que usted empiece a recibir Medicaid regular.

Servicios de laboratorio y rayos X

Autorización previa: algunos servicios necesitan nuestra aprobación.

Su PCP puede pedirle que se realice pruebas de laboratorio o rayos X para descubrir lo que anda mal. Estos servicios pueden ser los siguientes:

- ◆ Tomografía computarizada (TC)
- ◆ Imágenes por resonancia magnética (IRM)
- ◆ Angiografía por resonancia magnética (ARM)
- ◆ Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- ◆ Tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)

Cubrimos lo siguiente:

- ◆ Rayos X y pruebas de laboratorio ordenados por su médico y realizados por un proveedor licenciado
- ◆ Rayos X de los senos (mamografía)

Límites:

- ◆ Usted debe acudir a un laboratorio o centro de nuestra red.
- ◆ Los servicios deben ser médicamente necesarios y estar ordenados por un proveedor licenciado.

Servicios de maternidad

Para conocer más acerca de los beneficios y servicios de embarazo y maternidad que ofrecemos, lea la parte 11, "Beneficios para mujeres embarazadas y nuevas mamás".

Traslados en situaciones que no sean de emergencia

Autorización previa: sí

Cubrimos los traslados en situaciones que no sean de emergencia desde un hospital hasta otro hospital, centro o su hogar en los siguientes casos:

- ◆ Es médicamente necesario.
- ◆ Un proveedor de nuestro plan pide el servicio.
- ◆ Damos nuestra aprobación antes de que usted reciba el servicio.

Cubriremos el traslado a un centro médico fuera del estado si aprobamos la autorización previa.



CONSEJO

El traslado a otras citas puede estar cubierto por S.C. Healthy Connections Medicaid. Llame al operador de servicios de traslado estatal para conocer más acerca de estos servicios. Use el mapa de la parte 5 para encontrar el número de teléfono para su región.



CONSEJO

Su PCP puede enviarlo a cualquier hospital de su plan. Busque en su directorio de proveedores para encontrar una lista de hospitales de su plan. Puede encontrar el directorio de proveedores en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com. Además, puede solicitar un directorio de proveedores impreso sin costo alguno llamando al servicio de atención al cliente. En una emergencia, vaya al hospital más cercano, incluso si no pertenece a su plan.

Autorización previa: no

El OPAC ofrece atención especializada y servicios de consultoría y consejería para niños con infección por VIH o expuestos a dicho virus que tengan Medicaid y a sus familias. También ofrecen pruebas clínicas y de laboratorio. El programa varía según cada menor:

- ◆ Los niños nacidos de madres VIH positivas, pero que no obtienen un resultado positivo en la prueba, serán atendidos cada tres meses en una clínica hasta que cumplan 2 años.
- ◆ Los niños que obtengan un resultado positivo en la prueba serán atendidos en una clínica dos veces a la semana durante ocho semanas y, luego, una vez al mes hasta que cumplan 2 años.
- ◆ Los niños que no mejoren se quedarán en el programa OPAC.

Farmacia y medicamentos de venta libre

Autorización previa: algunos medicamentos que figuran en la Lista integral de medicamentos de Healthy Blue pueden necesitar una autorización previa.

Lea la parte 13, “Cómo obtener sus medicamentos”, para obtener más información sobre autorizaciones previas y límites.

Cubrimos lo siguiente:

- ◆ Todos los medicamentos recetados que figuran en la Lista integral de medicamentos de Healthy Blue y ordenados por su médico que tengan aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y nuestra.
- ◆ Medicamentos de venta libre aprobados por la FDA que se ofrecen porque cuestan menos que otros tipos de medicamentos. Pueden incluir los siguientes:
 - Analgésicos
 - Productos anticonceptivos de venta libre, como condones, esponjas y geles
 - Medicamentos para reducir la acidez estomacal
 - Medicamentos para prevenir o tratar la diarrea
 - Medicamentos para prevenir o tratar úlceras
 - Suplementos de hierro
 - Laxantes y medicamentos para suavizar las heces
 - Tratamientos para la pediculosis
 - Medicamentos para prevenir o tratar hongos
 - Medicamentos para reducir los síntomas de resfrío
 - Medicamentos para reducir los síntomas de alergia
 - Medicamentos para reducir la hinchazón
 - Hidrocortisona
 - Medicamentos para reducir o prevenir infecciones vaginales
 - Vitaminas
- ◆ Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Incluyen anticonceptivos orales y diafragmas.
- ◆ Medicamentos ordenados para tratar el cáncer si se cree que los medicamentos son seguros y efectivos para el tipo de cáncer del miembro.

No cubrimos lo siguiente:

- ◆ Medicamentos cosméticos o para hacer crecer el cabello
- ◆ Medicamentos de farmacias fuera de nuestro plan
- ◆ Medicamentos para la disfunción eréctil

Fisioterapia

Consulte *Terapia: física, ocupacional y del habla*.

Servicios de médicos

Autorización previa: no

Cubrimos lo siguiente:

- ◆ Visitas al PCP, especialistas (con una aprobación de su PCP primero, cuando sea necesario) u otros proveedores. Esto incluye servicios que recibe de un RHC o FQHC.
- ◆ Circuncisión realizada en el hospital o consultorio médico para niños de hasta 1 año.
- ◆ Exámenes médicos de rutina (visitas preventivas para menores o chequeos de EPSDT) para menores hasta el mes en el que cumplen 21 años.
- ◆ Las visitas preventivas para miembros adultos de 21 años o más están cubiertas una vez al año.

No cubrimos exámenes físicos de rutina para un empleo o programas de campamento.

Podología

Autorización previa: sí

Cubrimos lo que sea médicamente necesario, como lo siguiente:

- ◆ Tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad, lesión o defecto en el pie
- ◆ Atención de rutina para el pie, que incluye cortar o retirar callos, además de cortar las uñas bajo ciertas condiciones

Servicios de evaluación psiquiátrica

Consulte *Servicios de salud conductual y por trastornos por consumo de sustancias*.

Servicios de rehabilitación

Autorización previa: algunos servicios requieren aprobación de su PCP o nuestra.

Para todos los miembros que tengan:

- ◆ Discapacidades sensoriales, emocionales, conductuales o sociales
- ◆ Discapacidades físicas o afecciones médicas
- ◆ Discapacidades o retrasos intelectuales o del desarrollo, u otras discapacidades relacionadas

Para menores que puedan tener factores de riesgo médicos, cubrimos los siguientes servicios:

- ◆ Servicios de evaluación de su estado de salud
- ◆ Servicios de identificación de factores de riesgo
- ◆ Servicios de diseño o cambio del plan de atención orientado a las metas

Consulte también *Servicios audiológicos y Terapia: física, ocupacional y del habla*.

Los miembros mayores de 21 años pueden necesitar autorización previa para recibir algunos servicios.

Segunda opinión

Es su derecho visitar a un médico más para que le dé su opinión sobre cómo tratar su problema de salud. Las segundas opiniones están disponibles sin costo para usted y pueden incluir la consulta a un proveedor que no pertenece a la red. Una segunda opinión de un proveedor que no pertenece a la red requiere previa aprobación. Llame al servicio de atención al cliente si desea buscar otro médico para obtener una segunda opinión.

Dejar de fumar/consumir tabaco

Autorización previa: no

Cubrimos todos los medicamentos aprobados por la FDA para ayudarlo a dejar de fumar, entre ellos los siguientes:

- ◆ Bupropión para el consumo de tabaco
- ◆ Vareniclina
- ◆ Goma de mascar, pastillas, inhalador nasal y parches de nicotina

Además, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Consejería telefónica o por internet individualizada a través de la línea para dejar de consumir tabaco al 800-QUIT-NOW (800-784-8669).
- ◆ Consejería en entornos individuales y grupales. Limitada a cuatro sesiones por cada intento de dejar de fumar y dos intentos de dejar de fumar al año.

Terapia del habla

Consulte *Terapia: física, ocupacional y del habla*.

Esterilización

El miembro debe proporcionar consentimiento informado usando el formulario de consentimiento de esterilización (formulario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur [SCDHHS] HHS-687).

Respetamos todas las leyes y normas federales y estatales. No cubrimos lo siguiente:

- ◆ Cirugía para revertir la esterilización
- ◆ Histerectomía para esterilización

Tratamiento por consumo de sustancias

Consulte *Servicios de salud conductual y por trastornos por consumo de sustancias*.

Terapia: física, ocupacional y del habla

Autorización previa: algunos servicios requieren aprobación de su PCP o nuestra.

Cubrimos la terapia que es médicamente necesaria. La terapia puede administrarse en:

- ◆ Un consultorio médico
- ◆ Un hospital
- ◆ Otro entorno ambulatorio

Durante su tratamiento, podemos verificar si la terapia lo está ayudando.

Límites:

- ◆ Los miembros mayores de 21 años tienen un límite de 75 visitas combinadas por cada año de beneficios.
- ◆ Los miembros de 21 años o menos que reciben terapia de un médico privado tienen un límite de 105 horas combinadas o 420 unidades por cada año de beneficios.

Podemos aprobar más visitas, horas o unidades si es médicamente necesario.

Trasplantes y servicios relacionados con trasplantes

Healthy Blue cubre los servicios de trasplante para todos los miembros según la necesidad médica.

Los servicios de trasplante cubiertos se dividen en dos grupos:

Grupo I: Incluye trasplantes de córnea y riñón, para los que corresponde la cobertura en todos los casos médicamente necesarios, sin restricciones y sin aprobación previa.

Grupo II: Autorización previa: sí

Incluye trasplantes de páncreas, médula ósea, corazón, hígado, hígado con intestino delgado y pulmón si son médicamente necesarios y aceptables desde el punto de vista clínico. La cobertura de estos trasplantes se limita a los centros situados dentro de los límites geográficos de Carolina del Sur. Todas las solicitudes de autorización para trasplantes de páncreas, médula ósea, corazón, hígado, hígado con intestino delgado y pulmón se evaluarán utilizando pautas profesionales y administrativas uniformes en cuanto a la necesidad médica.

Vacunas

Autorización previa: no

Cubrimos todas las vacunas aprobadas por la FDA y recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) para adultos y menores. Obtenga más información acerca de las vacunas en la parte 14, "Mantener a su familia saludable".

Servicios de visión

Autorización previa: no

Para los miembros de 21 años o más, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Un examen de la visión cada 12 meses
- ◆ Un par de gafas (montura y lentes) y ajustes relacionados cada 24 meses

Para miembros menores de 21 años, cubrimos lo siguiente:

- ◆ Un examen de la visión cada 12 meses
- ◆ Un par de gafas (montura y lentes) y ajustes relacionados cada 12 meses

Trabajamos con Vision Service Plan (VSP) para ofrecer beneficios de visión de rutina. Puede encontrar proveedores de VSP en nuestro directorio de proveedores en www.HealthyBlueSC.com o en el sitio web de VSP en www.vsp.com*. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de visión, llame a VSP al 800-877-7195 (TTY: 800-428-4833) o envíe un correo electrónico a imember@vsp.com.

Visitas preventivas para menores

Consulte *Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)*.

Visitas preventivas para mujeres

Autorización previa: no

Las miembros pueden recibir atención preventiva y de rutina de un especialista en salud femenina, como un ginecoobstetra. No necesita una derivación o aprobación.

Parte 8: Lo que Medicaid regular cubre

Medicaid regular (South Carolina Healthy Connections Medicaid) puede cubrir algunos servicios que Healthy Blue no cubre. Si tiene preguntas o desea saber más sobre lo que cubre Medicaid regular, llame a South Carolina Healthy Connections Medicaid al 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620).

Estos son algunos servicios que Medicaid regular cubre.

Servicios dentales

Para menores de 21 años, esto incluye lo siguiente:

- ◆ Atención dental de rutina
- ◆ Rayos X
- ◆ Beneficios de diagnóstico, restauración preventiva y cirugía
- ◆ Exámenes orales
- ◆ Tratamientos con flúor
- ◆ Limpiezas

Para miembros de 21 años o más, los beneficios incluyen lo siguiente:

- ◆ Hasta \$750 al año para servicios dentales cubiertos, como limpiezas, rayos X y empastes
- ◆ Servicios dentales de emergencia gratuitos de un cirujano oral si es médicamente necesario

DentaQuest ofrece beneficios dentales en nombre de Medicaid regular. Llame a la línea gratuita de DentaQuest al 888-307-6552 para obtener más información.

Atención a largo plazo

Estos son servicios como los siguientes:

- ◆ Atención en una residencia para personas mayores durante más de 90 días consecutivos. Si se queda en la residencia para personas mayores durante 90 días consecutivos, se anulará su inscripción en Healthy Blue y se lo volverá a inscribir en Medicaid regular.
- ◆ Atención en el hogar.

Servicios de prevención del embarazo en adolescentes de Medicaid (MAPPS)

Los MAPPS están diseñados para evitar embarazos adolescentes en jóvenes en riesgo, promover la abstinencia y educar a los jóvenes para que tomen decisiones responsables sobre la actividad sexual. Estos servicios se prestan en escuelas, consultorios, hogares y otros entornos aprobados.

Administración de casos específicos

Estos son servicios que lo ayudan a obtener acceso a servicios médicos, sociales, educativos y otros servicios que puede necesitar

Healthy Blue brinda asistencia de derivación a los miembros para servicios de administración de casos específicos:

- ◆ Personas con discapacidades intelectuales y discapacidades relacionadas
- ◆ Personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
- ◆ Menores en riesgo
- ◆ Personas con riesgo de trastornos genéticos
- ◆ Adultos con enfermedades mentales graves y persistentes
- ◆ Personas con lesiones craneales o medulares y discapacidades relacionadas
- ◆ Mujeres embarazadas y bebés en riesgo
- ◆ Personas con discapacidades sensoriales
- ◆ Adultos con discapacidades funcionales

Otros beneficios cubiertos por Medicaid regular incluyen:

- ◆ Atención de grupos en el área donde vive
- ◆ Atención de rehabilitación de lesiones en la cabeza
- ◆ Exención de servicios a domicilio y basados en la comunidad
- ◆ Entornos de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales
- ◆ Traslados en situaciones que no sean de emergencia
- ◆ Servicios de instituciones estatales
- ◆ Servicios ofrecidos por organizaciones comunitarias para discapacidades del desarrollo
- ◆ Servicios basados en la escuela
- ◆ Atención de hospicio

Otras agencias estatales pueden ayudar con lo siguiente:

- ◆ Menores bajo cuidado temporal
- ◆ Menores alterados emocionalmente
- ◆ Menores en el sistema de justicia juvenil
- ◆ Adultos con anemia de células falciformes
- ◆ Servicios vinculados al condado y al estado
- ◆ Servicios vitales de salud pública
- ◆ Terapia de observación directa (DOT) para la tuberculosis (TB)
- ◆ Enfermedades que debe reportar
- ◆ Derivaciones al Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Parte 9: Lo que Healthy Blue y Medicaid regular no cubren

Entre los beneficios y servicios que Healthy Blue y Medicaid regular no cubren, se incluyen los siguientes:

- ◆ Equipo y suministros médicos:
 - Usados solo para su comodidad o higiene
 - Usados para ejercicio
 - Aún en proceso de prueba o estudio
 - Usados para el mismo fin que otros que ya posee
 - Usados solo para complementar la comodidad en una habitación u hogar, como aire acondicionado, filtros de aire, una máquina que limpia el aire, equipo de ejercicios, spas, piscinas, elevadores y suministros para higiene o aspecto
 - Atención que recibió por problemas médicos que tenían que ver con el trabajo, si puede ser pagada por la compensación a los trabajadores o su empleador
- ◆ Cualquier servicio o atención que recibió antes de unirse a Healthy Blue
- ◆ Cualquier servicio o suministro que no es médicamente necesario
- ◆ Artículos personales o de comodidad brindados para facilitarle las cosas a usted, su familia, su proveedor de atención primaria (PCP) u otros proveedores
- ◆ Tratamientos aún en proceso de prueba o estudio
- ◆ Enfermeros de ciencia cristiana y sanitarios de ciencia cristiana
- ◆ Servicios de enfermería privados
- ◆ Servicios estándares de vida asistida para personas que viven en un asilo
- ◆ Cirugía para revertir la esterilización
- ◆ Tratamiento de fertilidad, como inseminación artificial o fertilización *in vitro*
- ◆ Medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)
- ◆ Medicamentos cosméticos o para hacer crecer el cabello
- ◆ Servicios de aborto, a menos que sean necesarios para salvar la vida de la madre o poner fin a un embarazo causado por violación o incesto
- ◆ Jeringas o agujas que su médico no ordenó
- ◆ Parche Syvek®
- ◆ Acupuntura
- ◆ Cirugía cosmética realizada para cambiar o volver a dar forma a las partes del cuerpo normales para que luzcan mejor. Esto no se aplica a la cirugía realizada para restaurar el uso de una parte del cuerpo o corregir un defecto causado por una lesión.
- ◆ Exámenes físicos de rutina para un empleo o programas de campamento
- ◆ Cualquier servicio que no figure como cubierto
- ◆ Servicios de un proveedor dentro o fuera de la red para los que usted no recibió una aprobación cuando era necesario
- ◆ Servicios que recibe fuera de los Estados Unidos
- ◆ Servicios para su cuidado personal, como ayuda para vestirse, alimentarse y preparar comida. Tenga en cuenta que estos servicios pueden estar disponibles en circunstancias especiales, pero pueden requerir autorización previa.
- ◆ Servicios y procedimientos relacionados con la transición de género

Parte 10: Beneficios y programas para menores

Asegúrese de leer la parte 7 y la parte 8 para ver la lista completa de lo que Healthy Blue y Medicaid regular cubren. Estos son algunos de los beneficios clave y programas especiales que puede necesitar para sus hijos.



CONSEJO

Asegúrese de que su hijo vaya a todas las visitas médicas recomendadas y reciba vacunas a las edades apropiadas.

Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Este programa ofrece atención preventiva para menores hasta el mes en el que cumplen 21 años. Una visita preventiva para bebés y menores puede incluir un examen de cuerpo completo, vacunas y otras pruebas y evaluaciones necesarias según la edad de su hijo. Asegúrese de leer la parte 14, "Mantener a su familia saludable", para ver qué exámenes y vacunas necesita su hijo.

Atención dental

South Carolina Healthy Connections Medicaid ofrece beneficios dentales como beneficios de Medicaid regular. Los miembros menores de 21 años pueden recibir atención dental de rutina, incluidos exámenes orales, limpiezas y rayos X; tratamientos con flúor; y beneficios de diagnóstico, preventivos, restaurativos y quirúrgicos.

Servicios auditivos

Healthy Blue cubre los exámenes y las evaluaciones auditivos, los servicios preventivos y correctivos, los moldes auriculares y los audífonos y suministros para menores de 0 a 20 años (hasta el último día del mes del cumpleaños 21).

Terapia

Healthy Blue cubre servicios del habla, ocupacionales y de terapia.

Atención de la visión

Para los miembros de 21 años o más, Healthy Blue cubre lo siguiente:

- ◆ Un examen de la visión cada 12 meses
- ◆ Un par de gafas (montura y lentes) y ajustes relacionados cada 24 meses

Parte 11: Beneficios para mujeres embarazadas y nuevas mamás

Asegúrese de leer la parte 7 y la parte 8 para ver la lista completa de lo que Healthy Blue y Medicaid regular cubren. Estos son algunos de los beneficios clave y programas especiales para mujeres embarazadas y nuevas mamás, además de información adicional para que pueda tener un embarazo saludable.



CONSEJO

Asegúrese de programar e ir a todas sus visitas prenatales y posparto recomendadas.

Beneficios para mujeres embarazadas que son miembros

Sus beneficios de Healthy Blue cubren lo siguiente:

- ◆ Visitas médicas y toda atención especializada para el embarazo, problemas que tienen que ver con el embarazo y la atención posparto si es médicamente necesaria.
- ◆ Servicios que usted recibe de un enfermero o partero certificado que pertenece a la red.
- ◆ Hasta tres ultrasonidos.
- ◆ Pruebas que necesita, como pruebas, tratamiento y consejería sobre VIH. Una mujer embarazada que es miembro puede optar por no realizarse una prueba de VIH.
- ◆ Servicios de un centro de partos que pertenece a la red.
- ◆ Parto vaginal y cesárea, si es médicamente necesaria.
 - Puede quedarse en el hospital 48 horas después de un parto vaginal.
 - Puede quedarse en el hospital 96 horas después de una cesárea.
- ◆ Exámenes para recién nacidos, como exámenes auditivos.
- ◆ Circuncisión de rutina para recién nacidos realizada mientras el bebé aún está en el hospital tras el nacimiento.
 - Después de ello, cubriremos la circuncisión realizada en el consultorio médico para niños de hasta 1 año.
 - Necesitará nuestra aprobación primero si el bebé tiene más de 30 días.
- ◆ Una visita de seguimiento para usted y su bebé en un plazo de dos días posteriores a un alta temprana si el médico tratante la ordena. Un alta temprana es una hospitalización de menos de dos días para un parto vaginal y menos de cuatro días para una cesárea.

Programas especiales para mujeres embarazadas que son miembros

Programa de administración de maternidad de Healthy Blue

Cuando nos informe que está embarazada, le enviaremos un paquete prenatal que incluye lo siguiente:

- ◆ Acceso a My Health PlannerSM
- ◆ Consejos y herramientas que le ayudarán a tomar decisiones saludables antes y después de que su bebé nazca
- ◆ Información sobre cómo comunicarse con un enfermero las 24 horas del día si tiene preguntas a través de la línea de enfermería las 24 horas del día
- ◆ Información sobre cómo puede ganar recompensas por ir a sus visitas prenatales

Además, tenemos enfermeros que pueden ayudarla a conectarse a servicios de su comunidad y brindarle educación y apoyo a lo largo de su embarazo.

Una vez que su bebé esté aquí, le enviaremos información sobre lo siguiente:

- ◆ Cómo obtener un extractor de leche eléctrico gratis para las madres lactantes
- ◆ Cómo cuidar de usted misma y su bebé
- ◆ Cómo obtener recompensas por ir a su visita posparto entre 21 y 56 días después del parto y por llevar a su bebé a sus chequeos preventivos para menores
- ◆ Depresión posparto
- ◆ Un plan de vida familiar

CenteringPregnancy

CenteringPregnancy es atención prenatal que los miembros de 12 a 55 años pueden recibir en un entorno grupal. Le da más tiempo con su médico y otras mamás embarazadas. Durante estas visitas, puede hablar sobre su embarazo y la salud de su bebé con supervisión y apoyo clínico.

Cubriremos hasta 10 visitas antes de que nazca su bebé, siempre y cuando las visitas duren al menos 1.5 horas y haya entre dos y 20 personas en el grupo.

Para encontrar lugares aprobados en Carolina del Sur, visite www.CenteringHealthcare.org*. Seleccione "Locations" (Ubicaciones) y use el mapa para elegir Carolina del Sur.

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El WIC proporciona alimentos saludables a mujeres embarazadas y madres de niños pequeños. El WIC también le hará llegar noticias gratis sobre alimentos que son buenos para usted. Si desea saber más acerca del WIC, llame o visite su departamento de salud local. Puede encontrar su departamento de salud local en <https://dph.sc.gov/>.

Ahora que sabe lo que Healthy Blue ofrece, debe saber qué hacer cuando se entere de que está embarazada:

Llame al servicio de atención al cliente de inmediato. Nos aseguraremos de que su médico y el hospital donde usted dará a luz pertenezcan a su plan. Si usted está en los últimos tres meses de su embarazo y se acaba de unir a nuestro plan de salud, podrá permanecer con su médico actual, incluso si ese médico no forma parte de su plan.

Llame a su médico. Si está en sus primeros tres meses de embarazo, pida tener su primera visita de atención prenatal en un plazo de 14 días. Si está en su cuarto, quinto o sexto mes de embarazo, pida una visita en un plazo de siete días. Si está en los últimos meses de su embarazo (séptimo, octavo o noveno mes), pida que la atiendan en un plazo de tres días hábiles.

Si piensa que tiene un embarazo de alto riesgo, pida que la atiendan de inmediato. De alto riesgo significa que, debido a problemas de salud o antecedentes, usted puede tener un mayor riesgo de sufrir lo siguiente:

- ◆ Que algo salga mal durante el embarazo
- ◆ Que el bebé nazca con un defecto congénito

Recuerde: Si cree que está teniendo una emergencia, acuda a la sala de emergencias (ER). No necesita llamarnos o llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) antes de ir a la ER.

Deje de fumar y consumir otras sustancias dañinas. Healthy Blue cubre medicamentos recetados por un proveedor de Medicaid y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sin costo para usted. Además, puede obtener ayuda de la línea para dejar de consumir tabaco al 800-QUIT-NOW (800-784-8669).

Obtener atención prenatal

En los primeros tres meses de embarazo, visite a su médico para diseñar un plan de atención prenatal. En cada visita, su médico revisará su salud y la salud de su bebé. El médico puede hablar acerca de lo siguiente:

- ◆ Qué comer
- ◆ Cómo estar activa durante su embarazo
- ◆ Evitar consumir tabaco, drogas, alcohol y otras sustancias
- ◆ Lactancia, suministros de lactancia y consejería

Pruebas y exámenes

En función de su salud pasada, su médico puede pedirle que se realice estos exámenes:

- ◆ Evaluaciones de depresión (realizadas durante y después del embarazo)
- ◆ Diabetes
- ◆ Preeclampsia* (presión arterial alta que causa otros problemas durante el embarazo)
- ◆ Hematocrito/hemoglobina (recuento sanguíneo)
- ◆ Inmunidad a la rubéola para descubrir si necesita la vacuna de la rubéola después de dar a luz
- ◆ Pruebas de tipo de sangre Rh(D) y anticuerpos para ver si su tipo de sangre y el de su bebé son compatibles
 - Si es Rh(D) negativo, repita la prueba a las 24 a 28 semanas.
- ◆ Hepatitis B
- ◆ VIH
- ◆ Sífilis
- ◆ Orina para bacteriuria asintomática, según lo sugiera su médico

Otras pruebas y exámenes que puede necesitar:

- ◆ Amniocentesis, un ultrasonido y prueba del fluido que rodea a su bebé
- ◆ ADN fetal libre, una prueba de sangre para verificar si hay anomalías cromosómicas en el bebé
- ◆ Muestreo de vellosidades coriónicas para identificar defectos congénitos y otros problemas
- ◆ Pruebas de ultrasonido para mirar al bebé en el vientre
 - Durante los tres primeros meses, estas se realizan junto con pruebas de sangre para identificar riesgos de anomalías cromosómicas en el bebé y otros problemas.

En estas y otras pruebas, pueden identificarse problemas de salud en el bebé. Las pruebas correctas y el momento correcto de realizarlas dependen de su edad y su historia clínica y antecedentes familiares. Hable con su médico sobre las pruebas que pueden ser mejores para usted y los riesgos que conllevan. Además, pregunte qué pueden decirle esas pruebas sobre su bebé.

Vacunas

Lo mejor es recibir la mayoría de las vacunas antes del embarazo. Consulte con su médico para asegurarse de estar al día con sus vacunas.

Gripe: Si está embarazada durante la temporada de gripe (de octubre a marzo), su médico puede pedirle que se coloque la vacuna desactivada contra la gripe.

Virus respiratorio sincitial (VRS): Hable con su médico sobre recibir esta vacuna mientras está embarazada para ayudar a prevenir una enfermedad grave por VRS en el bebé. Para las mujeres embarazadas, esto suele recomendarse durante las semanas 32 a 36 del embarazo, de septiembre a enero.

Tdap: Las adolescentes y adultas embarazadas necesitan una vacuna Tdap durante cada embarazo. Lo mejor es recibir la vacuna entre las semanas 27 y 36, aunque pueden administrarse en cualquier momento durante el embarazo.

*Si tiene un alto riesgo de preeclampsia, su médico puede recomendarle que tome una dosis baja de aspirina para evitar otros problemas durante su embarazo.

NO debe recibir estas vacunas mientras está embarazada:

- ◆ Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- ◆ Varicela

Después del nacimiento de su bebé

South Carolina Healthy Connections Choices inscribirá a su bebé en el mismo plan que usted tiene el mes en el que nace su bebé. Puede optar por inscribir a su bebé en otro plan en un plazo de 90 días después de la inscripción. Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 877-552-4642 (TTY: 877-552-4670).

Llame al servicio de atención al cliente de Healthy Blue para decirnos el nombre del PCP que desea para su bebé, si aún no lo ha hecho. Si no elige a un PCP para su bebé, elegiremos uno por usted.

Planificando el futuro

Es posible que no esté considerando tener otro bebé tan pronto después de tener a un bebé. Sin embargo, nunca es demasiado pronto para pensar en la planificación familiar.

La planificación familiar puede ayudarla con lo siguiente:

- ◆ Estar lo más saludable posible antes de quedar embarazada nuevamente
- ◆ Impedir que quede embarazada si no está lista para tener otro bebé
- ◆ Impedir que contraiga una infección de transmisión sexual (ITS) o enfermedad de transmisión sexual (ITS)

Puede visitar a cualquier proveedor de Medicaid de planificación familiar sin recibir una aprobación de nuestra parte primero. Para conocer más acerca de su beneficio de planificación familiar, consulte la parte 7, "Lo que Healthy Blue cubre".

Parte 12: Atención de urgencia y emergencia

¿Qué es la atención de urgencia?

Una afección médica urgente no es una emergencia, pero necesita atención médica en un plazo de 48 horas. Si usted tiene una afección médica urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita hacer una visita médica urgente, se le programará una dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud.

Si no puede comunicarse con su PCP:

- ◆ Llámenos al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634).
- ◆ Llame a la línea de enfermería las 24 horas del día al 800-830-1525 (TTY: 711).
- ◆ Vaya a un centro de atención de urgencia. Use el directorio de proveedores de nuestro sitio web para encontrar uno cerca de usted. También puede llamar al servicio de atención al cliente.

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una afección médica con signos graves, como dolor fuerte o parto activo, ante la cual una persona con conocimiento promedio sobre salud y medicina pensaría razonablemente que, si no recibe atención médica de inmediato, podría pasar lo siguiente:

- ◆ Su salud o la de su bebé nonato estaría en riesgo.
- ◆ Una función corporal se vería afectada.
- ◆ Una parte del cuerpo u órgano sufriría una disfunción.

Debe ir, o pedirle a alguien que lo lleve, a la sala de emergencias (ER) en los siguientes casos:

- | | |
|--|--|
| ◆ Podría morir | ◆ Está sangrando mucho |
| ◆ Tiene dolor de pecho | ◆ Ha sido atacado |
| ◆ No puede respirar | ◆ Está a punto de tener un bebé |
| ◆ Se está atragantando | ◆ Tiene una lesión grave |
| ◆ Se ha desmayado | ◆ Tiene una quemadura grave |
| ◆ Está teniendo una convulsión | ◆ Tiene una reacción alérgica grave |
| ◆ Se ha intoxicado por tomar veneno | ◆ Ha sido mordido por un animal |
| ◆ Se ha intoxicado por tomar demasiados medicamentos | ◆ Está considerando seriamente lastimarse o lastimar a alguien más |
| ◆ Tiene un hueso roto | |

Los servicios de emergencia deben ser prestados por un médico calificado para brindar atención de emergencia.

En otras ocasiones, debe ir a una ER que no figura en la lista. Si no está seguro, llame al 911, a su número de emergencia local o a la línea de enfermería las 24 horas del día al 800-830-1525 (TTY: 711).

Si piensa que tiene una emergencia, no necesita llamarnos o llamar a su médico para recibir aprobación antes de ir a la ER.

Qué hacer en una emergencia

Llame al 911 o a su número de emergencia local o visite la ER más cercana para recibir atención médica de inmediato.

Vaya al hospital más cercano si piensa que tiene alguno de los problemas indicados anteriormente. Lo atenderán lo antes posible. Para recibir traslado de emergencia, llame al **911** o a su número de emergencia local.

Como miembro, puede acudir a cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia. Si se enferma mientras está fuera de la ciudad o del estado donde vive y **tiene una emergencia médica**, vaya a la ER más cercana o llame al 911 o al número de emergencia local.

Si se enferma mientras está fuera de la ciudad o del estado donde vive y **no tiene una emergencia** o una afección urgente, llame a su PCP para programar una hora para verlo cuando regrese a casa. También puede llamar al consultorio de su PCP o a la línea de enfermería las 24 horas del día para solicitar asesoría médica.

Tiene cobertura para atención de emergencia dentro de los Estados Unidos, incluso si el proveedor no forma parte de su plan.

Healthy Blue no cubre los servicios que reciba fuera de los Estados Unidos.

Debe llamar a su PCP después de la emergencia para que pueda planificar su atención de seguimiento. Debe hacerlo por cualquier emergencia que tenga donde vive o en otro lugar.

Atención postestabilización

La atención postestabilización hace referencia a los servicios que recibe después de la atención médica de emergencia para mantener su afección bajo control. Cubrimos este tipo de atención.

Parte 13: Cómo obtener sus medicamentos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) tiene una Lista única de medicamentos preferidos (sPDL) que incluye productos preferidos para pacientes ambulatorios que sean miembros de Medicaid regular y miembros de planes de atención administrada. Los planes de atención administrada siguen la Lista única de medicamentos preferidos, que cubre los mismos medicamentos preferidos y no preferidos. Es importante tener en cuenta que la Lista única de medicamentos preferidos no incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Para obtener información sobre el programa de la Lista única de medicamentos preferidos del SCDHHS, visite www.scdhhs.gov/providers/pharmacy.

Para acceder a la sPDL del SCDHHS vaya a SouthCarolina.fhsc.com/providers/pdl.asp.

Healthy Blue usa una lista de medicamentos denominada Lista integral de medicamentos para ayudar a su médico a elegir los medicamentos que le recetará. Un grupo de médicos y farmacéuticos revisa esta lista de medicamentos cada tres meses. Ellos se aseguran de que los medicamentos de la lista sean seguros y útiles. Aunque un medicamento figure en la lista, su médico elegirá el mejor medicamento para usted.



CONSEJO

Para ver la Lista integral de medicamentos de Healthy Blue más actualizada, visite nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.

Es posible que los medicamentos que figuran en la Lista integral de medicamentos necesiten nuestra aprobación para recibir cobertura. Revisamos las solicitudes de autorización previa de farmacia en un plazo de 24 horas posteriores al momento en el que recibimos toda la información requerida.

Ciertos medicamentos en nuestra Lista integral de medicamentos:

- ◆ Necesitan una aprobación primero
- ◆ Tienen límites basados en la necesidad médica
- ◆ Solo están cubiertos para la afección para la que han sido aprobados

Si desea que cubramos un medicamento que necesita nuestra aprobación o es limitado según la necesidad médica, su médico debe enviarnos una solicitud con la historia médica que necesitamos. Le haremos saber a su médico si aprobamos la solicitud. Permitiremos un suministro de medicamento de emergencia de 72 horas mientras tomamos una decisión sobre la solicitud. Cubrimos un suministro de emergencia por receta por cada ciento ochenta (180) días.

Medicamentos que no figuran en la Lista integral de medicamentos de Healthy Blue

Debemos aprobar el pago de medicamentos que no figuran en la Lista integral de medicamentos. Si su médico piensa que necesita tomar un medicamento que no figura en esta lista, su médico nos enviará una solicitud donde nos indicará por qué usted necesita este medicamento. Le haremos saber a su médico si aprobamos su solicitud. Si denegamos la solicitud, recibirá una carta de nuestra parte donde le haremos saber las razones médicas de nuestra decisión.

Si denegamos la solicitud de un medicamento por parte de su médico, puede apelar la decisión. Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta. Consulte la parte 16, "Obtener ayuda con un problema" para conocer más sobre las apelaciones.

Si desea saber si un medicamento figura en nuestra Lista integral de medicamentos, solo debe usar la Lista integral de medicamentos con función de búsqueda en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com. Además, puede llamar al servicio de atención al cliente de farmacia las 24 horas del día, los siete días de la semana, al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634).

Límites:

- ◆ Las sustancias no controladas están limitadas a un suministro de 31 días. Sin embargo, cubrimos ciertos medicamentos de estas categorías con un suministro de 90 días: asma; colesterol (estatinas); diabetes (oral) e hipertensión.

Consulte la Lista integral de medicamentos con función de búsqueda en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.

- ◆ Cubrimos los medicamentos de venta libre de nuestra Lista integral de medicamentos si su médico le entrega una receta para ellos.
- ◆ Los medicamentos solo están cubiertos para la afección para la que han sido aprobados.
- ◆ Para saber si un medicamento tiene terapia escalonada o requiere autorización previa.
- ◆ Las jeringas y las agujas que usa para inyectarse medicamentos como insulina en casa están cubiertos por su beneficio de farmacia. Las jeringas o las agujas que no usa para inyectarse medicamentos como insulina en casa están cubiertos por su beneficio médico.
- ◆ Las inyecciones que su proveedor de atención primaria (PCP) debe administrarle en el consultorio están cubiertas por sus beneficios médicos, no por sus beneficios de farmacia.
- ◆ Debe recibir medicamentos especializados de una farmacia especializada participante. En casos urgentes, le permitiremos recibir su primer surtido en una farmacia minorista local.
- ◆ Sus beneficios médicos y de farmacia cubren estos suministros para la diabetes: tiras de prueba, lancetas y monitores de glucosa en sangre.

Medicamentos de venta libre (OTC) con receta

Los medicamentos OTC son aquellos que normalmente compraría sin una receta, como aspirina, medicamentos para el resfriado y jarabe para la tos. Sin embargo, Healthy Blue cubrirá muchos de esos medicamentos, siempre y cuando le pida a su médico que emita una receta para ellos. Asegúrese de visitar nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com para leer la Lista integral de medicamentos de Healthy Blue. Muestra todos los medicamentos OTC que puede obtener. También puede llamar al servicio de atención al cliente para solicitar que se le envíe una lista impresa.

Otras cosas que debe saber

Cosas que debe tener en cuenta:

- ◆ Algunos medicamentos pueden causarle daño si los toma juntos. Para proteger su salud y mantenerlo seguro, les informaremos a su médico y a su farmacéutico si tenemos una inquietud sobre los medicamentos que toma.
- ◆ La mayoría de las veces, cubrimos medicamentos de venta libre con una receta.
- ◆ Si deja otro plan o Medicaid regular para unirse a Healthy Blue, cubriremos medicamentos que necesiten una aprobación de nuestra parte durante hasta 90 días después de unirse.

Si tiene un problema con los servicios de medicamentos con receta, llame al servicio de atención al cliente de farmacia al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634).

Parte 14: Mantener a su familia saludable

Las visitas preventivas son una parte clave de su atención médica. En esta sección, mostramos algunos tipos de atención preventiva que usted o su hijo pueden necesitar o recibir durante una visita preventiva.

Para ver una lista completa y actualizada de recomendaciones de atención preventiva, visite estos sitios web:

Recomendaciones sobre atención preventiva: www.USPreventiveServicesTaskForce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations*

Recomendaciones sobre vacunas: www.cdc.gov/vaccines/*

Información para padres con niños: www.cdc.gov/parents/children/*

Asegúrese de revisar estas directrices con su médico y hacer preguntas sobre lo que es mejor para usted o su hijo.

Visitas preventivas para bebés: Del nacimiento a los 24 meses

Los bebés deben ser atendidos por un médico tras el nacimiento, en las siguientes edades y según sugiera el médico:

- | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|------------|------------|
| ◆ 3 a 5 días | ◆ 2 meses | ◆ 6 meses | ◆ 12 meses | ◆ 18 meses |
| ◆ 1 mes | ◆ 4 meses | ◆ 9 meses | ◆ 15 meses | ◆ 24 meses |

Los bebés que salen del hospital menos de dos días (48 horas) después del nacimiento deben ser atendidos por un médico en un plazo de dos a cuatro días después de nacer. Todos los bebés deben recibir tratamiento con un ungüento para los ojos para evitar posibles infecciones transmitidas por la madre durante el nacimiento.

Durante una visita preventiva para bebés, el médico de su bebé hablará con usted sobre los siguientes temas:

- | | |
|---|--|
| ◆ Cuidados neonatales, seguridad y desarrollo | ◆ Salud y bienestar de la madre y la familia |
| ◆ Qué darle de comer al bebé y cuándo hacerlo | ◆ Por qué es importante minimizar la exposición de su bebé a la radiación ultravioleta |

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZÁRSELOS
Peso, talla y medición de la cabeza	En cada visita
Índice de masa corporal (IMC)	A los 24 meses
Metabolismo del recién nacido, como fenilcetonuria (PKU) (cuando el cuerpo no puede descomponer las proteínas), anemia de células falciformes (un trastorno de la sangre heredado) y exámenes de tiroides	Del nacimiento a los 2 meses (es mejor revisarlo a los 3 a 5 días) Bilirrubina en el nacimiento (identifica problemas del hígado)
Defecto cardíaco congénito crítico (defectos congénitos del corazón)	En el nacimiento
Desarrollo: cerebro, cuerpo y comportamiento	En cada visita
Audición	Como recién nacido y según las sugerencias del médico

Visitas preventivas para bebés: Del nacimiento a los 24 meses *continuación*

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZÁRSELOS
Salud oral y dental	Derivación a un dentista, de ser necesario. Empezar con los exámenes dentales anuales a los 12 meses. Barniz de flúor cuando los dientes empiezan a salir (normalmente alrededor de los 6 a 24 meses); receta de flúor según el agua que consuma (de 6 a 24 meses).
Hemoglobina o hematocrito (recuento sanguíneo)	Una vez entre los 9 y los 12 meses
Pruebas de plomo	A los 12 y 24 meses Identificar riesgos según las sugerencias del médico.
Trastorno de lípidos (problemas de colesterol)	Identificar riesgos a los 24 meses.
Autismo (una afección que afecta las habilidades sociales y la forma en la que uno se comunica)	A los 18 y 24 meses
Depresión posparto (después de que la madre da a luz)	A los 1, 2, 4 y 6 meses
Tuberculosis	Identificar riesgos según las sugerencias del médico.

Visitas preventivas para menores: 2 1/2 a 10 años

Según la edad de su hijo, el médico puede hablar con usted sobre los siguientes temas:

- ◆ Cómo promover una nutrición saludable
- ◆ Ejercicio, crecimiento, seguridad y hábitos saludables
- ◆ Aprendizaje o problemas en la escuela
- ◆ Salud emocional y mental
- ◆ Problemas familiares y de vida en el hogar

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZÁRSELOS
Talla, peso e índice de masa corporal (IMC)	Cada año
Desarrollo: cerebro, cuerpo y comportamiento	En cada visita
Visión	Cada año
Audición	Cada año
Salud oral y dental	Derivación a un dentista, de ser necesario. Exámenes dentales cada año. Barniz de flúor en los dientes si el médico lo sugiere (entre 2 1/2 y 5 años); receta de flúor según el agua que consuma (entre 2 1/2 y 10 años).
Pruebas de plomo	Identificar riesgos hasta los 6 años.
Hemoglobina o hematocrito (recuento sanguíneo)	Identificar riesgos cada año
Presión arterial	Cada año a partir de los 3 años. Identificar riesgos antes de los 3 años.
Trastorno de lípidos (problemas de colesterol)	Una vez entre los 9 y los 11 años. Identificar riesgos en las demás edades.
Tuberculosis	Identificar riesgos y realizar pruebas según las sugerencias del médico.

Visitas preventivas para menores: 11 a 20 años

Según la edad de su hijo, el médico puede hablar con usted y su hijo sobre los siguientes temas:

- ◆ Crecimiento y desarrollo, como hábitos de salud oral, imagen corporal, alimentación saludable, la actividad física y sueño
- ◆ Bienestar emocional, incluido el control del estado de ánimo y la salud mental general
- ◆ Sexo seguro, especialmente cómo reducir los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o enfermedades de transmisión sexual (ITS) y prevenir embarazos
- ◆ Consumo de sustancias, ya sea tomar alcohol o consumir tabaco, cigarrillos electrónicos o medicamentos con receta o drogas ilegales
- ◆ Rendimiento en la escuela
- ◆ Problemas familiares y de vida en el hogar
- ◆ Seguridad, como el uso del cinturón de seguridad, el uso de casco y la protección solar
- ◆ Seguridad relacionada con las armas de fuego, si posee una o tiene una cerca

También puede recibir vacunas y estos exámenes:

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZARSELOS
Talla, peso e índice de masa corporal (IMC)	Percentil hasta los 18 años, luego IMC cada año.
Desarrollo: mente, cuerpo y comportamiento	Cada año
Depresión	Cada año a partir de los 12 años.
Presión arterial	Cada año
Visión	Cada año
Audición	Cada año
Salud oral y dental	Cada año, receta de flúor según el agua que consuma (entre los 11 y los 16 años)
Hemoglobina o hematocrito (recuento sanguíneo)	Identificar riesgos cada año
Trastorno de lípidos (problemas de colesterol)	Una vez entre los 9 y los 11 años
ITS, incluida la clamidia	Un examen de rutina a los 15 años o más Cada año, si es sexualmente activo
Trastornos por consumo de sustancias y adicción al tabaco	Examen una vez entre los 15 y 18 años.

Visitas preventivas para mujeres

Durante una visita preventiva para mujeres, el médico puede hablar con usted acerca de los siguientes temas:

- ◆ Dieta y actividad física
- ◆ Salud mental, incluida la depresión
- ◆ Salud oral y dental
- ◆ Consumo de tabaco, cómo dejar el tabaco y evitar el humo pasivo
- ◆ Consumo de alcohol o drogas
- ◆ Riesgos de cáncer de piel
- ◆ Planificación familiar, que incluye lo siguiente:
 - Sexo seguro
 - Anticonceptivos para evitar embarazos no deseados
 - Espaciar los embarazos para tener mejores resultados de nacimiento
- ◆ Exámenes de infecciones de transmisión sexual (ITS) o enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH y la hepatitis B, si está en riesgo
- ◆ Suplementos de ácido fólico para mujeres en edad fértil

También puede recibir vacunas y estos exámenes:

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZARSELOS
Talla, peso e índice de masa corporal (IMC)	Cada año o según las sugerencias de su médico
Presión arterial	Cada año o según las sugerencias de su médico. Volver a revisar las lecturas altas en casa.
Mamografía (rayos X del seno)	Considere someterse a un examen dos veces al año desde los 50 hasta los 74 años. Pida consejo a su médico.
Cáncer de cuello uterino	Si tiene de 21 a 29 años, realícese una prueba de Papanicolau cada tres años. Si tiene de 30 a 65 años, realícese una prueba de Papanicolau cada tres años, una prueba del virus del papiloma humano (VPH) solo o una combinación de una prueba de Papanicolau y una prueba de VPH cada cinco años. Deje de realizarse las pruebas a los 65 años si las últimas tres pruebas de Papanicolau o las dos últimas pruebas (Papanicolau más VPH) en los últimos 10 años fueron normales. Si hubo una prueba de Papanicolau con un resultado anormal en los últimos 20 años, consulte a su médico.
Cáncer colorrectal (del colon y del recto)	Desde los 45 hasta los 75 años, su médico puede sugerir una o más de estas opciones de prueba: ◆ Pruebas de heces: • Prueba inmunoquímica fecal (PIF) • PIF-ADN: prueba combinada de heces y ADN • Prueba de sangre oculta en las heces a base de guayaco (gFOBT) ◆ Pruebas visuales: • Colonoscopia (con una cámara pequeña en el extremo de un tubo flexible para mirar dentro de todo su colon) • Colonografía por TC (con un escáner de TC para tomar imágenes del interior del colon) • Sigmoidoscopia flexible (con una cámara pequeña en el extremo de un tubo flexible para mirar la última parte de su colon, llamada colon sigmoide)

Visitas preventivas para mujeres *continuación*

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZÁRSELOS
Clamidia y gonorrea	Si es sexualmente activa y tiene 24 años o menos.
Colesterol	Es posible que se necesiten estatinas (medicamentos para el colesterol) para las personas de 40 a 75 años que tengan un alto riesgo de enfermedad cardiovascular, como una enfermedad cardíaca.
Examen de glucosa (azúcar en sangre) para detectar diabetes tipo 2	Según las sugerencias de su médico desde los 35 hasta los 70 años, especialmente si tiene sobrepeso u obesidad. Las personas con niveles altos de azúcar en sangre deben consultar a su médico sobre intervenciones preventivas para promover una dieta saludable y actividad física.
Hepatitis C	Examen entre los 18 y los 79 años.
Osteoporosis (identifica cuán densos son sus huesos)	Las pruebas deben empezar a más tardar a los 65 años. Las mujeres menopáusicas deben hablar con sus médicos sobre la osteoporosis y realizarse la prueba si están en riesgo.
Cáncer de pulmón (con tomografía computarizada en dosis bajas [LDCT])	A partir de los 50 años en quienes tengan antecedentes de consumo de tabaco de paquetes de 20 y que fuman actualmente o han dejado de hacerlo dentro de los últimos 15 años.

Visitas preventivas para hombres

Durante su visita, el médico puede hablar con usted acerca de los siguientes temas:

- ◆ Dieta y actividad física
- ◆ Salud mental, incluida la depresión
- ◆ Salud oral y dental
- ◆ Riesgos de cáncer de piel
- ◆ Consumo de tabaco, cómo dejar el tabaco y evitar el humo pasivo
- ◆ Consumo de alcohol o drogas

También puede recibir vacunas y estos exámenes:

EXÁMENES	CUÁNDO REALIZÁRSELOS
Talla, peso e índice de masa corporal (IMC)	Cada año o según las sugerencias de su médico
Aneurisma aórtico abdominal (vasos sanguíneos agrandados en el abdomen)	Una vez entre los 65 y 75 años si ha fumado alguna vez.
Presión arterial	Cada año o según las sugerencias de su médico. Volver a revisar las lecturas altas en casa.
Colesterol	Es posible que se necesiten estatinas (medicamentos para el colesterol) para las personas de 40 a 75 años que tengan un alto riesgo de enfermedad cardiovascular, como una enfermedad cardíaca.
Cáncer colorrectal (del colon y del recto)	Desde los 45 hasta los 75 años, su médico puede sugerir una o más de estas opciones de prueba: ◆ Pruebas de heces: • Prueba inmunoquímica fecal (PIF) • PIF-ADN: prueba combinada de heces y ADN • Prueba de sangre oculta en las heces a base de guayaco (gFOBT) ◆ Pruebas visuales: • Colonoscopia (con una cámara pequeña en el extremo de un tubo flexible para mirar dentro de todo su colon) • Colonografía por TC (con un escáner de TC para tomar imágenes del interior del colon) • Sigmoidoscopia flexible (con una cámara pequeña en el extremo de un tubo flexible para mirar la última parte de su colon, llamada colon sigmoide)
Examen de glucosa (azúcar en sangre) para detectar diabetes tipo 2	Según las sugerencias de su médico desde los 35 hasta los 70 años, especialmente si tiene sobrepeso u obesidad. Las personas con niveles altos de azúcar en sangre deben consultar a su médico sobre intervenciones preventivas para promover una dieta saludable y actividad física.
Hepatitis C	Examen entre los 18 y los 79 años.
Cáncer de próstata	Desde los 55 hasta los 69 años, hable con su médico sobre los riesgos y beneficios de las pruebas de cáncer de próstata.
Cáncer de pulmón (con tomografía computarizada en dosis bajas [LDCT])	A partir de los 50 años en quienes tengan antecedentes de consumo de tabaco de paquetes de 20 y que fuman actualmente o han dejado de hacerlo dentro de los últimos 15 años.

Vacunas

Las personas de todas las edades necesitan vacunas o “inyecciones”, como las llamamos a menudo.

VACUNAS	NACIMIENTO	1 A 2 MESES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	6 A 18 MESES	12 A 15 MESES	15 A 18 MESES	19 A 23 MESES
COVID-19	Administrada según las recomendaciones de los CDC y el ACIP								
Hepatitis B	✓	✓				✓			
Rotavirus (RV)			Serie de dos dosis o tres dosis						
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)			✓	✓	✓			✓	
Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap)									
Haemophilus influenzae tipo B (HiB)			De tres a cuatro dosis entre los 2 y los 15 meses, con la primera dosis a los 2 meses, la última dosis a los 12 a 15 meses						
Vacuna neumocócica conjugada (PCV20)			✓	✓	✓		✓		
Vacuna inactivada contra la polio (IPV)			✓	✓		✓			
Influenza (gripe)						Se sugiere cada año desde los 6 meses hasta los 65 años o más. Se recomiendan dos dosis al menos con cuatro semanas de separación para niños de entre 6 meses y 8 años que reciben la vacuna por primera vez.			
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)							✓		
Varicela (lechina)							✓		
Hepatitis A							Series de dos dosis entre los 12 y los 23 meses, recibidas con una separación de seis a 18 meses		
Virus del papiloma humano (VPH)									
Meningocócica									
Inyección monoclonal contra el VRS	Una inyección antes de y durante la temporada de VRS para recién nacidos y bebés de hasta 8 meses								
VRS									
Herpes zóster (HZ/su)									

Vacunas continuación

VACUNAS	4 A 6 AÑOS	11 A 12 AÑOS	13 A 18 AÑOS	19 A 64 AÑOS	MÁS DE 65 AÑOS
COVID-19	Administrada según las recomendaciones de los CDC y el ACIP				
Hepatitis B	Consulte la recomendación de edades en la página anterior.				
Rotavirus (RV)	Consulte la recomendación de edades en la página anterior.				
Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)	✓				
Tétanos, difteria y tos ferina (Td/Tdap)		Tdap			Cada 10 años
Haemophilus influenzae tipo B (HiB)	Consulte la recomendación de edades en la página anterior.				
Vacuna inactivada contra la polio (IPV)	✓				
Vacuna neumocócica conjugada (PCV20)				De 19 a 64 años con factores de riesgo subyacentes	✓
Influenza (gripe)	Se sugiere cada año desde los 6 meses hasta los 65 años o más. Se recomiendan dos dosis al menos con cuatro semanas de separación para niños de entre 6 meses y 8 años que reciben la vacuna por primera vez.				
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	✓				
Varicela (lechina)	✓				
Hepatitis A	Consulte la recomendación de edades en la página anterior.				
Virus del papiloma humano (VPH)		Serie de dos dosis			
Meningocócica		✓		Refuerzo a los 16 años; MenB FHb a los 16 y a los 23 años	
Inyección monoclonal contra el VRS	Consulte la recomendación de edades en la página anterior.				
VRS				VRS materno: Administrada según las recomendaciones de los CDC y el ACIP VRS: 60 años o más	
Herpes zóster (HZ/su)				19 años o más si está inmunocomprometido	Dos dosis a los 50 años o más

Parte 15: Manejo de su salud

Las personas tienen necesidades únicas en cada etapa de la vida. Sin importar si es hombre o mujer, niño o adulto, ofrecemos programas para ayudarlo a mantenerse saludable y manejar las enfermedades. Estos programas son gratuitos y nuestros miembros pueden aprender sobre ellos y unirse. Esperamos que los use.

My Health Planner

My Health Planner es una aplicación gratuita. Lo conecta con un equipo de médicos clínicos y otros trabajadores de la salud. Use su teléfono inteligente o tableta para lo siguiente:

- ◆ Mantener su salud bajo control entre visitas médicas
- ◆ Entender lo que necesita hacer para sentirse lo mejor posible
- ◆ Mantenerse en contacto con su equipo de administración de la atención
- ◆ Hacer seguimiento de lo que necesita hacer

Cómo empezar:

1. Busque **My Health Planner** en App Store o Google Play.
2. Descargue la aplicación **My Health Planner** y seleccione **Create New Account** (Crear nueva cuenta).
3. Use el código de acceso **WELCOMEHB**.

Administración de casos

Nuestro programa de administración de casos (CM) lo ayuda a manejar sus problemas de atención médica complejos y especiales. Cuando se suscriba a nuestro programa de CM, un administrador de casos trabajará con usted y su familia para lo siguiente:

- ◆ Crear un plan de atención que se ajuste a su vida
- ◆ Preparar servicios de atención médica
- ◆ Ayudarlo a encontrar un proveedor
- ◆ Enviar su historia médica a sus médicos cuando la necesiten

También tenemos administración de casos complejos para los miembros con necesidades graves de atención médica mental o física. Podemos llamarlo para hablar sobre este programa si pensamos que podría ayudarlo.

Si piensa que necesita servicios de administración de casos o quisiera conocer más acerca del programa de CM, llame al servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634). Un administrador de casos se comunicará con usted para lo siguiente:

- ◆ Preguntarle sobre su salud, sistema de apoyo y necesidades relacionadas con su estilo de vida
- ◆ Explicarle cómo puede ayudarlo el programa
- ◆ Preguntarle si desea suscribirse

Programa de Atención para Afecciones Crónicas/Salud Comunitaria

Nuestro Programa de Atención para Afecciones Crónicas/Salud Comunitaria (CCC/PH) puede ayudarlo a aprovechar mejor la vida si tiene ciertas afecciones. Médicos clínicos licenciados y educadores de la salud lo ayudarán a aprender cómo manejar mejor su enfermedad. Puede decidir unirse a nuestro Programa CCC/PH sin costo para usted.

Ofrecemos nuestro Programa CCC/PH para estas afecciones:

Enfermedad renal crónica (ERC)

Este programa ayuda a los miembros con enfermedad renal en etapa 1 a 3. Los miembros pueden aprender a controlar su enfermedad. Además, verá cómo reducir el riesgo de tener otras complicaciones que puede causar la ERC.

EPOC

Este programa educativo es para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC es una enfermedad crónica de los pulmones. En realidad, consiste en dos enfermedades: bronquitis crónica y enfisema.

La principal causa de la EPOC es el consumo de cigarrillos. También puede contraerla por otros factores. La EPOC puede ser una enfermedad grave. Puede controlarla con medicamentos apropiados y cambios simples en el estilo de vida.

Afección mental crónica y persistente

¿Le han diagnosticado una afección mental crónica y persistente como depresión grave, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno obsesivo compulsivo (TOC)? No está solo. Nuestro programa cuenta con administradores de atención de la salud conductual capacitados que lo ayudarán a comprender mejor su afección y las mejores formas de superar los altibajos.

Diabetes

Permítanos ayudarlo a aprender a controlar su diabetes mejor. Le enseñamos cómo reducir su riesgo de complicaciones y mejorar su calidad de vida. Esto incluye actividades como alimentarse de forma saludable, tomar sus medicamentos y hacer ejercicio.

Evitación de la sala de emergencias

Este programa tiene como objetivo reducir el uso de la sala de emergencias (ER) para cuestiones no urgentes mediante la educación sobre lugares alternativos de atención, la provisión de recursos adecuados y el seguimiento posterior a la visita para atender las necesidades individuales.

Enfermedad cardíaca

Nuestro programa para enfermedades cardíacas lo ayuda a aprender cómo controlar mejor su enfermedad cardíaca. Nuestro objetivo es ayudarlo a entender mejor su afección. Además, podemos mostrar los pasos que puede dar para tener una buena salud.

Insuficiencia cardíaca

Podemos enseñarle a controlar mejor su insuficiencia cardíaca (IC) congestiva. Nuestro objetivo es ayudarlo a controlar sus síntomas para que pueda seguir haciendo lo que disfruta.

Presión arterial alta

Este programa es para miembros que desean saber más sobre cómo controlar la presión arterial alta y hacer cambios en el estilo de vida para manejar sus factores de riesgo.

Colesterol alto

Este programa es para miembros que desean saber cómo reducir sus niveles de colesterol. Además, le mostraremos cómo hacer cambios en su estilo de vida para manejar factores importantes de riesgo cardiovascular.

Maternidad

El embarazo es un período de cambios en el cuerpo y las emociones. También puede ser abrumador. Es posible que tenga preguntas. Nuestro programa le proporciona información y apoyo a lo largo de su embarazo y período posparto. Asegúrese de leer la parte 11, "Beneficios para mujeres embarazadas y nuevas mamás".

Salud metabólica

Este programa ayuda a quienes tienen dificultades con la obesidad o prediabetes. Trabajaremos con usted para desarrollar un plan para alcanzar sus metas de salud. Esto incluye información útil sobre alimentación saludable, ejercicio y pérdida de peso.

Migraña

Este programa ayuda a los miembros que sufren dolores de cabeza fuertes y recurrentes. Le mostraremos la importancia de tener un médico que lo oriente en el control de sus dolores de cabeza. Además, le enseñaremos a identificar y evitar factores que desencadenan sus dolores de cabeza.

Administración de casos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)

Este programa sirve para apoyar a los padres de bebés con ciertas necesidades o afecciones médicas. Esto incluye complicaciones debido a un nacimiento prematuro, defectos congénitos, convulsiones, fibrosis quística y trastornos genéticos.

Apoyo para la recuperación

Cuando usted o un ser querido empiezan a vivir de forma más saludable, queremos que sepa que no están solos. Este programa es para los miembros y sus familias. La recuperación del abuso de sustancias es un proceso continuo. El programa servirá para apoyarlo en cada etapa de su recuperación.

Dejar de consumir tabaco

Es difícil dejar de fumar. La nicotina es una droga altamente adictiva. Muchas personas descubren que necesitan ayuda para dejar el tabaco. Nuestro programa para dejar de consumir tabaco puede ayudarlo a dejar el hábito. Brindamos información, apoyo y recursos para ayudarlo a estar libre del tabaco.

Control de peso

Cambiar sus hábitos de alimentación y de ejercicio puede ser difícil. Los estadounidenses invierten miles de millones de dólares cada año en dietas para perder peso sin obtener ningún resultado. Entonces, ¿cómo puede garantizar los resultados? Realizando cambios lentos y graduales que pueden durar toda una vida. Nuestro programa lo ayudará a realizar cambios duraderos que conduzcan a resultados a largo plazo.

Unirse a un programa de CCC

Si califica para un programa de CCC, le enviaremos una carta y le pediremos que nos llame. Además, puede derivarse a usted mismo o a su hijo llamando a la línea gratuita del servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Además, puede enviarnos un correo electrónico seguro a través de My Health Toolkit.

Una vez que califique, le asignaremos un administrador de atención CCC para que empiece. Su administrador de atención le hará algunas preguntas sobre su salud o la de su hijo.

Su administrador de atención CCC hará lo siguiente:

- ◆ Lo ayudará a crear metas de salud y desarrollar un plan para alcanzarlas.
- ◆ Lo orientará y lo apoyará a través de llamadas telefónicas personales.
- ◆ Hará un seguimiento de su progreso.
- ◆ Le brindará información sobre apoyo local y cuidadores.
- ◆ Responderá preguntas sobre su afección o formas de mejorarla.
- ◆ Le enviará materiales para aprender sobre su afección y su salud y bienestar general.
- ◆ Coordinará su atención con proveedores de atención médica, por ejemplo, en los siguientes casos:
 - Programar citas
 - Traslados a visitas médicas
 - Derivarlo a especialistas de nuestro plan de salud, de ser necesario
 - Obtener el equipo médico que usted necesita
- ◆ Le ofrecerá materiales educativos y otras herramientas.

Números de teléfono útiles

En una emergencia, llame al 911.

Para el Programa CCC, llame a la línea gratuita del servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. hora local. Deje un mensaje privado a su administrador de atención las 24 horas del día.

Fuera del horario de atención, llame a la línea de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana, al 800-830-1525 (TTY: 711).

Puede darse de baja del programa de CCC en cualquier momento. Llame a la línea gratuita del servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY 866-773-9634) de 8 a. m. a 6 p. m. hora local, de lunes a viernes, y pídanos que le demos de baja del programa de CCC.

Derechos y responsabilidades de administración de la atención

Cuando se une a un programa de CM o CCC, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Tiene derecho a lo siguiente:

- ◆ Conocer detalles sobre nosotros, como los siguientes:
 - Programas y servicios que ofrecemos
 - Nuestro personal y sus habilidades o educación
 - Cualquier trato que tenemos con otras compañías
- ◆ Darse de baja de los servicios de CCC
- ◆ Saber qué administrador de atención CCC está encargado de sus servicios de CCC y cómo solicitar un cambio
- ◆ Recibir nuestro apoyo para tomar decisiones de atención médica con sus médicos
- ◆ Preguntar sobre todas las formas de controlar su afección, mencionadas en las directrices clínicas, incluso si un tratamiento no forma parte de su plan de salud, y hablar sobre opciones con los médicos tratantes
- ◆ Pedir que sus datos personales e información médica se mantengan bajo privacidad
- ◆ Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información se mantenga segura, privada y confidencial
- ◆ Recibir tratamiento amable y respetuoso de parte de nuestro personal
- ◆ Recibir información que sea clara y fácil de entender
- ◆ Presentar quejas ante Healthy Blue llamando al servicio de atención al cliente y:
 - Obtener ayuda sobre cómo seguir el proceso de quejas
 - Saber cuánto tiempo tiene Healthy Blue para responder a los problemas de calidad y las quejas y resolverlos

- Brindarnos comentarios sobre el programa de CCC

Usted también tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- ◆ Seguir el plan de atención que usted y su administrador de atención CCC acuerden
- ◆ Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios
- ◆ Informarnos a nosotros y a sus proveedores de atención médica si decide dejar el programa

CCC no ofrece productos o servicios comerciales de compañías externas a nuestros miembros. CCC no posee compañías externas que brinden los bienes y servicios que ofrecemos, ni lucra con estos.

Puede iniciar sesión en su cuenta segura de My Health Toolkit o registrarse en www.HealthyBlueSC.com para pedirnos unir a un programa de CCC. Necesitará su número de identificación de miembro para registrarse. Aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Usando su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro y solicitar su incorporación al programa.

Cómo obtener otros servicios

Es posible que desee participar en programas que Healthy Blue no ofrece. Llame al servicio de atención al cliente si piensa que estos programas pueden ayudarlo.

Parte 16: Obtener ayuda con un problema

En esta sección se describen las apelaciones y reclamos:

- ◆ Un **reclamo** es una queja sobre algo que no es una determinación de beneficios adversa.
- ◆ Una **apelación** es una solicitud de revisión de una determinación de beneficios adversa.

Una determinación de beneficios adversa significa lo siguiente:

- ◆ Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio que solicitó. Esto incluye el tipo o nivel de servicio.
- ◆ Reducimos, retrasamos o ponemos fin a un servicio que fue aprobado antes.
- ◆ Denegamos un pago por un servicio en su totalidad o en parte.
- ◆ No cumplimos con brindar servicios o resolver reclamos y apelaciones de manera oportuna.
- ◆ Denegamos una solicitud para recibir servicios fuera de su red si vive en un área rural solo con una sola organización de atención administrada (MCO).

Queremos que esté satisfecho con el servicio que recibe. Si tiene un problema, queremos escucharlo. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- ◆ Acceso a la atención médica
- ◆ Problemas con la forma en la que trabajamos
- ◆ Atención y tratamiento por parte de un médico
- ◆ Cualquier aspecto de su atención

Reclamos

Un reclamo ocurre cuando usted declara que no está satisfecho con cualquier asunto que no sea una determinación de beneficios adversa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo en los siguientes casos:

- ◆ No está satisfecho con nosotros.
- ◆ Siente que un proveedor o el plan de salud lo ha discriminado.
- ◆ No está satisfecho con los proveedores que trabajan con nosotros.

¿Quién puede presentar un reclamo?

Usted o una persona que elija para que actúe en su nombre, como un amigo, miembro de la familia, proveedor o abogado, puede presentar un reclamo en cualquier momento. Puede hacerlo de forma verbal o por escrito. Si decide pedirle a alguien que presente un reclamo en su nombre, debe brindarnos su aprobación por escrito. Puede enviarnos por correo su permiso por escrito.

El personal del servicio de atención al cliente puede ayudarlo a presentar su reclamo. Si necesita ayuda, llámenos al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634). Si necesita un intérprete, le ofreceremos uno sin costo alguno para usted.

Para presentar un reclamo, usted o la persona que eligió para actuar en su nombre puede optar por una de las siguientes acciones:

- ◆ Llamar al servicio de atención al cliente.
- ◆ Llenar y enviar el formulario de reclamos para miembros. Puede encontrar una copia en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.
- ◆ Escribir una carta y enviárnosla.
- ◆ Enviarnos un mensaje seguro a través de My Health Toolkit.

Asegúrese de decirnos:

- ◆ Quién está involucrado en el reclamo
- ◆ Cuándo y dónde ocurrió
- ◆ Qué ocurrió
- ◆ Por qué está insatisfecho

Adjunte los documentos que considere que nos ayudarán a analizar su caso. Envíelos a:

Healthy Blue — Grievances
Mail Code AX-405
PO Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

Si no puede enviarlos por correo, usted o la persona que actúa en su nombre debe llamar al servicio de atención al cliente.

Si usted o la persona que elija presenta su reclamo por teléfono, el representante del servicio de atención al cliente intentará resolverlo durante esta primera llamada o a más tardar al final del siguiente día hábil.

En un plazo de **siete** días calendario de haber recibido su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en la que le informaremos que lo recibimos. Para los reclamos recibidos por teléfono, el acuse de recibo se realiza verbalmente durante la llamada. En un plazo de 90 días calendario, le enviaremos una carta informándole lo que hicimos para resolver su reclamo.

Extensiones del reclamo

Healthy Blue puede tardar otros 14 días calendario si el miembro solicita una extensión o si necesitamos más información y tiempo para decidir, y si el tiempo adicional es lo más beneficioso para el miembro. Si esto ocurre, lo llamaremos lo antes posible para informárselo. También le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario con el motivo de la extensión y le explicaremos su derecho a presentar un reclamo si no está de acuerdo con la decisión.

Reclamos sobre discriminación

En el caso de reclamos por discriminación, usted o la persona que actúa en su nombre también puede presentar una queja de discriminación ante el tribunal o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por los siguientes motivos:

- ◆ Raza
- ◆ Nacionalidad
- ◆ Edad
- ◆ Color
- ◆ Sexo
- ◆ Discapacidad

Puede presentar una queja sobre discriminación de las siguientes maneras:

- ◆ De forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
- ◆ Por correo en:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Usted o la persona que actúa en su nombre puede encontrar el formulario de queja en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*. Debe presentar el formulario ante la Oficina de Derechos Civiles en un plazo de 180 días posteriores a la fecha de la supuesta discriminación.

Confidencialidad y discriminación

Manejamos todos los reclamos y apelaciones de manera confidencial. Healthy Blue no discrimina a ningún miembro por presentar un reclamo o por solicitar una audiencia estatal justa. Healthy Blue también notifica a los miembros sobre la oportunidad de recibir información sobre nuestro proceso de reclamos y apelaciones y la posibilidad de solicitar una versión traducida en un idioma distinto del inglés.

Reclamos y quejas por discriminación

Healthy Blue no discrimina a ningún miembro. A los miembros que se comunican con Healthy Blue con una queja de discriminación se les informa inmediatamente sobre el derecho a presentar un reclamo. Esto también sucede cuando uno de nuestros representantes que trabaja con un miembro identifica un posible acto de discriminación. Se le aconseja al miembro que presente un relato oral o escrito del incidente y se le ayuda a hacerlo si lo solicita.

Apelar una decisión sobre un reclamo

Si presenta una queja (también llamado reclamo) y no está satisfecho con la decisión, tiene derecho a apelarla. Una apelación de reclamo consiste en pedirnos que reconsideremos la decisión tomada sobre su reclamo. Cuando apele una decisión sobre un reclamo, volveremos a estudiar su caso y le daremos una respuesta definitiva. Una vez que hayamos completado la apelación y le hayamos comunicado el resultado, el proceso habrá terminado. A partir de ese momento, no podrá presentar más apelaciones por el mismo reclamo. Si su apelación se refiere a la cobertura de un servicio o a la anulación de un servicio denegado, se trata de una apelación de cobertura. El proceso es distinto. Si no sabe qué tipo de apelación se aplica a su caso, póngase en contacto con nosotros. Lo orientaremos a través del proceso. Para obtener más información o para presentar una apelación, llame al servicio de atención al cliente.

En un plazo de siete días calendario de haber recibido su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en la que le informaremos que lo recibimos. El acuse de recibo de las solicitudes que recibimos por teléfono se realiza verbalmente durante la llamada. En un plazo de 90 días calendario, le enviaremos una carta informándole lo que hicimos para resolver su apelación.

Apelaciones

Puede solicitar una apelación cuando emitamos una determinación de beneficios adversa.

Si emitimos una determinación de beneficios adversa, le enviaremos a usted y a su médico una carta informándoles el motivo. En esta carta también le explicaremos cómo presentar una apelación.

Puede solicitar una apelación de cobertura de un servicio médico que:

- ◆ Se denegó.
- ◆ Se aprobó y luego se interrumpió.
- ◆ Se cambió.
- ◆ No se prestó de manera oportuna.

Quién puede presentar una apelación

Usted, su médico o alguien a quien elija para actuar en su nombre pueden solicitar una apelación. Esta persona puede ser cualquier persona que elija, incluido un abogado. Esta persona es conocida como "representante autorizado".

Si desea que un representante solicite una apelación en su nombre, debe enviar un formulario de representante de apelación de miembros o enviarnos una carta. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com. Si envía una carta, asegúrese de hacer lo siguiente:

- ◆ Escribir la fecha en la carta
- ◆ Escribir el nombre completo de su representante
- ◆ Decirnos que desea que esta persona presente una apelación en su nombre
- ◆ Firmar la carta

Un padre, tutor legal o custodio puede presentar una apelación o reclamo por un miembro que sea o esté:

- ◆ Una persona menor de 16 años. Los menores de 16 años o más tendrán que enviar el formulario de representante de apelación de miembros para que alguien actúe en su nombre.
- ◆ Incompetente o incapaz de actuar por razones de salud mental.*
- ◆ Incapacitado o incapaz de actuar por razones físicas.*

*Se requiere documentación como un poder legal médico o formulario para dependientes incapacitados.

Cómo y cuándo presentar una apelación

Usted o su representante pueden solicitar una apelación en un plazo de 60 días posteriores a nuestra determinación de beneficios adversa.

Puede solicitar una apelación de una de las siguientes maneras:

- ◆ Llame al servicio de atención al cliente.
- ◆ Escriba una carta y envíenosla a:
Healthy Blue — Appeals
PO Box 100215
Columbia, SC 29202-3215
- ◆ Llene y envíe el formulario de representante de apelación de miembros. Puede encontrarlo en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.

Una vez que inicie una apelación, asegúrese de obtener toda la información que considere que deberíamos tener para revisar su apelación. Si piensa que necesita más tiempo para hacerlo, puede pedirnos que agreguemos hasta 14 días calendario a su tiempo de apelación.

El personal del servicio de atención al cliente puede ayudarlo a presentar su apelación o gestionar su solicitud de más tiempo para reunir y enviarnos su información. Si necesita un intérprete, le ofreceremos uno sin costo alguno para usted.

Cuándo esperar una respuesta

En un plazo de **cinco días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, le enviaremos una carta. En ella le informaremos si hemos recibido su solicitud de apelación. En esta carta también le informaremos a usted o a la persona que actúa en su nombre sobre su derecho a brindarnos más información por escrito o en persona en un plazo de **siete días calendario** posteriores a la carta. También le indicará cómo solicitar una copia gratis del archivo de su caso. Este archivo contiene lo siguiente:

- ◆ Sus registros médicos
- ◆ Otros documentos y registros usados en la denegación original
- ◆ Información nueva o más información que usaremos en la apelación

En un plazo de 30 días calendario posteriores a su solicitud de apelación, resolveremos su apelación. Le enviaremos una carta donde le indicaremos lo que hemos decidido, cuándo tomamos esa decisión y el motivo específico.

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Puede solicitar una apelación rápida si piensa que esperar nuestra decisión 30 días calendario puede resultar dañino para su salud. Para solicitar una apelación rápida, puede llamarnos o enviarnos un fax o una carta por correo. Asegúrese de decirnos por qué piensa que esperar 30 días calendario será perjudicial para su salud.

Un enfermero de apelaciones revisará su solicitud de apelación rápida. Si ese enfermero piensa que esperar 30 días calendario será dañino para su salud, haremos lo siguiente:

- ◆ Lo llamaremos en un plazo de 72 horas para informarle lo que hemos decidido.
- ◆ Le enviaremos la decisión por correo.

Si el enfermero de apelaciones piensa que esperar 30 días calendario no resultará dañino para su salud, lo llamaremos o le enviaremos un fax para informárselo. Además, le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario. En la carta, le informaremos que completaremos su apelación lo antes posible dentro del plazo estándar de 30 días calendario.

Usted o su representante pueden presentar un reclamo si no está de acuerdo con la decisión de cambiar la apelación rápida a una apelación regular.

Extensiones para apelaciones estándares y aceleradas

También podemos agregar hasta 14 días calendario a su tiempo de apelación si es lo más beneficioso para usted.

Lo llamaremos a usted o a la persona que actúa en su nombre y enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario después de tomar nuestra decisión de extender el plazo. En la carta, se le explicará lo siguiente:

- ◆ El motivo del retraso
- ◆ Cómo puede presentar un reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión de agregar más tiempo a nuestra revisión

Resolveremos la apelación según lo requiera su estado de salud y a más tardar en la fecha final de la extensión.

Audiencia justa estatal

Si no está satisfecho con la decisión de apelación, usted o la persona que actúa en su nombre tienen derecho a solicitar una audiencia justa estatal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS).

Puede solicitar una audiencia justa estatal **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de la carta de notificación. Para solicitar una audiencia justa estatal, usted o la persona que elija para que actúe en su nombre pueden hacer lo siguiente:

- ◆ Visitar www.scdhhs.gov/appeals*
- ◆ Enviar por correo una solicitud por escrito a:
Division of Appeals and Hearings*
1801 Main St.
PO Box 8206
Columbia, SC 29202
- ◆ Enviar su solicitud por fax al 803-255-8206
- ◆ Enviar su solicitud por correo electrónico a appeals@scdhhs.gov

Para recibir ayuda o si tiene preguntas, llame al 803-898-2600 o al 800-763-9087.

Conservar sus beneficios durante su proceso de apelación o audiencia justa estatal

Puede conservar sus beneficios previamente aprobados para el servicio apelado mientras Healthy Blue revisa su apelación y mientras espera su audiencia justa estatal. Debe ocurrir todo lo siguiente:

- ◆ Usted solicita que sus beneficios continúen en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de su aviso de determinación de beneficios adversa.

- ◆ La apelación tiene que ver con la cobertura de un servicio que se ha retrasado, reducido o detenido luego de ser aprobado.
- ◆ Un proveedor aprobado ordenó el servicio.
- ◆ El período original cubierto por la autorización original no ha expirado.
- ◆ Usted pidió que se extendieran sus beneficios.

Estarán vigentes hasta que ocurra uno de los siguientes hechos:

- ◆ Usted detiene su apelación o solicitud de audiencia.
- ◆ Han pasado diez días luego de que le enviáramos una carta con nuestra decisión de mantener la primera denegación, a menos que usted haya solicitado una audiencia justa estatal dentro de ese período de 10 días.
- ◆ Un oficial de audiencias justas estatales mantiene nuestra denegación.
- ◆ Se ha cumplido el plazo de un servicio aprobado.

Si el resultado de la apelación es el mismo que el de la decisión de denegación original, es posible que deba pagar los costos de los servicios que se le prestaron mientras la apelación estaba pendiente.

Parte 17: Fraude, despilfarro y abuso

¿Qué es el fraude?

El fraude significa engañar o tergiversar información a propósito, sabiendo que usted o alguien más podría obtener un beneficio no aprobado. El fraude puede consistir en los siguientes comportamientos:

- ◆ Usar el número de Seguro Social de alguien más para obtener ayuda del Gobierno.
- ◆ Un médico que factura por servicios que no prestó (a propósito, no debido a un error).

Si comete fraude, puede perder su cobertura de Medicaid.

¿Qué es el despilfarro?

El despilfarro es el uso excesivo de servicios o prácticas negligentes que dan como resultado el desperdicio o el gasto de recursos de atención médica o gubernamentales de una manera imprudente y equivocada.

Algunos ejemplos de despilfarro son los siguientes:

- ◆ Un médico que receta más medicamentos de los que son médicamente necesarios.
- ◆ Un médico que presta más servicios de atención médica de los que son médicamente necesarios.

¿Qué es el abuso?

El abuso es algo que genera costos innecesarios para los programas gubernamentales como Medicaid. El abuso también puede dar como resultado beneficios inapropiados para un miembro o un pago inapropiado para los médicos. Algunos ejemplos de abuso son los siguientes:

- ◆ Pedir y obtener medicamentos o equipo médico para alguien más.
- ◆ Uso excesivo de la sala de emergencias (ER) para atención que no sea de emergencia o de rutina.

Cómo denunciar fraude, despilfarro y abuso

Si cree que un médico, dentista, consejero, etc. o alguien con beneficios de salud (Medicaid, Medicare, etc.) ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene la responsabilidad y el derecho a denunciarlo. Además, tiene derecho a permanecer bajo el anonimato cuando denuncia fraude, despilfarro y abuso.

Para denunciar fraude, despilfarro o abuso, averigüe tantos detalles como pueda. Existen cuatro formas de denunciar fraude, despilfarro o abuso ante nosotros:

- ◆ Llame a la línea gratuita directa contra fraudes de BlueCross BlueShield of South Carolina al 800-763-0703.
- ◆ Use el formulario de este sitio web:
www.SouthCarolinaBlues.com/web/public/brand/sc/assistance/report-fraud.
- ◆ Envíe por fax el formulario a nuestra unidad antifraude al 803-870-8356.
- ◆ Escribanos a:

BlueCross BlueShield of South Carolina Anti-Fraud Unit
Mail Code AC-200
PO Box 24011
Columbia, SC 29224-4011

También puede llamar a la línea directa contra fraudes de Medicaid Carolina del Sur al 888-364-3224 o enviar un correo electrónico a fraudres@scdhhs.gov.

Cuando denuncie a un proveedor, proporcione estos detalles:

- ◆ Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- ◆ Nombre y dirección del hospital, residencia para personas mayores, agencia de salud a domicilio, etc.
- ◆ Número de Medicaid del proveedor y lugar, si lo conoce
- ◆ Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.)
- ◆ Nombres y números de teléfono de otras personas que pueden brindarnos algunos de estos detalles
- ◆ Fechas de los eventos
- ◆ Una declaración breve de lo que ocurrió

Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios, proporcione estos detalles:

- ◆ El nombre de la persona
- ◆ La fecha de nacimiento de la persona y el número de Seguro Social, si lo conoce
- ◆ La ciudad donde vive la persona
- ◆ Detalles exactos sobre el despilfarro, abuso o fraude

¿Por qué debería preocuparme por un caso de fraude, despilfarro y abuso?

Los casos de fraude, despilfarro y abuso nos afectan a todos. Se pagan millones de dólares a personas que no tienen derecho a recibir servicios o dinero en efectivo. Ese dinero podría invertirse en brindar más atención a las personas necesitadas o más beneficios para usted.

Llame a la línea directa contra fraudes en los siguientes casos:

- ◆ Usted sabe que alguien está recibiendo atención que no debería recibir.
- ◆ Usted sospecha que un médico o laboratorio factura demasiado o factura por servicios no provistos.

Parte 18: Si ya no podemos atenderlo

Hay ocasiones en las que Healthy Blue o su médico ya no pueden atenderlo.

Healthy Blue no puede cubrirlo si ya no tiene Medicaid. El estado de Carolina del Sur decide lo siguiente:

- ◆ Si un miembro es elegible para un plan de salud y permanece inscrito en él
- ◆ Si se excluye o retira a un miembro de un plan de salud

Su cobertura de Healthy Blue entra en efecto en la fecha que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación de Healthy Blue. Finaliza en la fecha que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) nos lo indica.

Su cobertura podría finalizar por cualquiera de estos motivos:

- ◆ Usted ya no es elegible.
- ◆ Usted se muda fuera de nuestra área de servicio. El área de servicio de Healthy Blue abarca todos los condados del estado de Carolina del Sur.
- ◆ Usted usa de forma incorrecta su tarjeta de identificación de Healthy Blue.
- ◆ Usted se comporta de una manera que impide que su médico pueda prestarle servicios. Esto incluye alterar, amenazar, no cooperar o no obedecer.
- ◆ Usted comete fraude.
- ◆ Usted incurre en falsedades.

Si no le complace que lo retiremos de nuestro plan de salud, consulte la parte 16, "Obtener ayuda con un problema". Allí se indica cómo presentar un reclamo o solicitar una audiencia justa estatal. Puede optar por anular su inscripción de nuestro plan en un plazo de 90 días tras su incorporación o reincorporación. Si decide dejar Healthy Blue, llame a South Carolina Healthy Connections Choices, el agente de inscripción de Medicaid, al 877-552-4642 (TTY: 877-552-4670) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Si no habla inglés, alguien puede realizar la interpretación.

Anulación de la inscripción

Puede pedir dejar el plan por un buen motivo o causa en cualquier momento. Si su solicitud de dejar el plan por una buena causa no es aprobada, puede solicitar una audiencia justa estatal.

Puede pedir dejar el plan sin ningún motivo durante los primeros 90 días posteriores a su período de inscripción actual de 12 meses con Healthy Blue.

Si no pide dejar el plan durante los primeros 90 días a partir de su período de inscripción actual, seguirá estando inscrito durante los 12 meses completos.

Si tiene preguntas acerca de esta política, llame al servicio de atención al cliente.

Parte 19: Otras cosas que debe saber

Si tiene preguntas que aún no se han respondido, lea esta parte para ver las respuestas.

Acceso a su historia médica

Las leyes federales y estatales le permiten ver su historia médica en cualquier momento. Pídale su historia médica a su médico primero. Si tiene un problema para recibir su historia médica de su médico, llámenos.

Directivas anticipadas

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.

Tiene derecho a lo siguiente:

- ◆ Elegir el tipo de atención médica que recibirá
- ◆ Decirle a su médico qué tipos de atención médica no desea
- ◆ Crear, cambiar o revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento

Puede decirle a su médico lo que desea personalmente, por teléfono o por escrito.

Si está gravemente lesionado, no consciente o muy enfermo, es posible que no pueda decirle a su médico lo que desea. Las personas necesitan saber lo que usted desea sobre su atención médica en caso de que no pueda hablar. La mejor forma de asegurarse de que se cumpla lo que usted desea es indicar sus deseos en un poder legal de atención médica y un testamento vital. Ambos son directivas anticipadas.

Un testamento vital le permite saber a su médico qué tipo de tratamientos usted desea o no desea recibir cuando tenga una enfermedad en etapa terminal o esté en un estado vegetativo persistente y no pueda tomar sus propias decisiones. En Carolina del Sur, el formulario "Declaración de deseo de muerte natural" funciona como testamento vital.

Un poder legal de atención médica le permite nombrar a alguien que actúe en su nombre. Esta persona puede decirle al médico qué tipo de atención médica usted desea. Además, puede tener un poder legal por separado específicamente para el tratamiento y la atención de salud mental. En Carolina del Sur, puede firmar un formulario, la "Declaración sobre tratamiento de salud mental", que funciona como un poder legal permanente de salud mental.

Optar por firmar un poder legal de atención médica o un testamento vital es un asunto privado e importante. Estos son algunos datos importantes sobre los poderes legales sobre la atención médica y los testamentos vitales:

- ◆ Los testamentos vitales deben respetarse solo si usted no puede decidir qué hacer por su cuenta debido a una enfermedad o lesión. Si está embarazada, estos documentos no pondrán fin a su soporte vital.
- ◆ Si no tiene un testamento vital o poder legal de atención médica que indique sus deseos, no tendrá voz ni voto en las decisiones que se tomarán o quién las tomará por usted. Las decisiones sobre usted pueden ser tomadas por familiares elegidos por la ley estatal, una persona elegida por un tribunal o el tribunal en sí.

Si tiene preguntas sobre la firma de un poder legal de atención médica o testamento vital, debe hablar con su médico, abogado, ministro, sacerdote, rabino u otro clérigo que brinde consejo.

Es importante que le haga saber a su familia cómo se siente sobre el soporte vital. Debe hablar con aquellos a quienes piensa pedir que actúen en su nombre en su poder legal de atención médica. Debe asegurarse de que deseen ayudarlo y saber lo que usted desea con respecto a su atención.

Nosotros podemos brindar la información sobre directivas anticipadas a su familia o representante si se une a Healthy Blue y no puede recibir la información o si indica si ha elaborado o no una directiva anticipada debido a una incapacidad o un trastorno mental. Haremos esto de la misma manera en la que brindamos a su familia, representante u otra persona pertinente materiales sobre políticas y procedimientos y de acuerdo con la ley estatal. Obtendrá esta información una vez que usted no esté incapacitado y pueda recibir la información.

Los formularios de testamento vital y poder legal sobre atención médica están disponibles en Carolina del Sur. El formulario de testamento vital lleva el título "Declaración de deseo de muerte natural". Puede obtener estos formularios en la Oficina para la Tercera Edad del Vicegobernador llamando al:

◆ 800-868-9095 ◆ 888-5WISHES (888-594-7437) ◆ 803-734-9900

También puede encontrar estos formularios en línea en aging.sc.gov/programs-initiatives/legal-assistance-seniors*.

Si piensa que su médico u otro proveedor de atención médica no respeta las solicitudes de su directiva anticipada, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur llamando al 803-898-3300 o ante la Oficina para la Tercera Edad del Vicegobernador de Carolina del Sur llamando al:*

◆ 800-868-9095 ◆ 888-5WISHES (888-594-7437) ◆ 803-734-9900

Nuevos tratamientos médicos

La atención médica siempre está cambiando. Queremos que se beneficie de los nuevos tratamientos, por lo que los renovamos con frecuencia. Un grupo de médicos, especialistas y directores médicos decide lo siguiente:

- ◆ Si el tratamiento está aprobado por el Gobierno
- ◆ Si el tratamiento mejorará la salud de un paciente
- ◆ Si el tratamiento ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes
- ◆ Si el tratamiento aún se está probando
- ◆ Si el tratamiento ayudará a los pacientes tanto como los tratamientos que usamos ahora o aún más

El grupo de revisión analiza todos los datos y decide si el tratamiento es médicamente necesario. Si su médico nos pregunta sobre un tratamiento que el grupo de revisión aún no ha analizado, el grupo lo analizará. Le informarán a su médico si el tratamiento es médicamente necesario y si nosotros lo aprobamos.

Planes de incentivos para médicos

Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (PCP) forma parte de un programa en el que ofrecemos recompensas financieras según los servicios y la calidad de la atención que su PCP ofrece. Para conocer más acerca de esto, llame al servicio de atención al cliente.

Mejora de la calidad

En Healthy Blue siempre queremos mejorar. Nuestro programa de mejora de la calidad (QI) nos ayuda a hacerlo. En el programa se realiza lo siguiente:

- ◆ Se evalúa el plan de salud para ayudar a encontrar formas de mejorarlo.
- ◆ Se hacen los datos que obtenemos para diseñar un plan para mejorar nuestros servicios.
- ◆ Se hace un seguimiento de su nivel de satisfacción con su médico.
- ◆ Se pone nuestro plan en marcha para mejorar sus servicios de atención médica.
- ◆ Se hace seguimiento de su nivel de satisfacción con nosotros.

Puede obtener detalles sobre nuestro programa de QI llamando al servicio de atención al cliente. Podemos enviarle más detalles sobre el programa y un informe sobre cómo cumpliremos nuestras metas de mejora.

Atención fuera del área

El área de servicio de Healthy Blue abarca todos los condados de Carolina del Sur. Si está fuera del área de servicio de Healthy Blue y necesita atención para una situación que no es de emergencia, llame a una de las siguientes opciones de inmediato:

- ◆ Su médico
- ◆ La línea de enfermería las 24 horas del día
- ◆ El servicio de atención al cliente

Cubrimos emergencias en cualquier parte de los Estados Unidos. Si recibe atención fuera de nuestra área de servicio que no sea de emergencia, es posible que deba pagar por esos servicios.

Recuerde: No use una sala de emergencias (ER) para recibir atención de rutina.

Privacidad

Entendemos la importancia de mantener su información privada. Se mantendrá privada entre usted, su proveedor de atención médica y nosotros, excepto según lo dispuesto por la ley. Tenemos derecho a obtener información de cualquier persona que le brinde atención. Usamos esta información para pagar y administrar su atención médica. Consulte el aviso de prácticas de privacidad en el reverso de este manual.

Cambios en el programa

Si hay algún cambio en su programa de atención médica, se lo informaremos 30 días calendario antes del cambio. Los beneficios de Healthy Blue pueden cambiar sin su aprobación. Si tiene preguntas acerca de los cambios en el programa, llame al servicio de atención al cliente.

Parte 20: Derechos de los miembros

Usted o su médico pueden obtener una copia de estos derechos y responsabilidades:

- ◆ Llame al servicio de atención al cliente de Healthy Blue para pedirnos que le enviemos una copia por correo, correo electrónico o fax. Nuestro número de teléfono es 866-781-5094 (TTY 866-773-9634).
- ◆ Visite nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.

Derechos de los miembros

Tiene derecho a lo siguiente:

- ◆ Ser tratado con respeto y consideración hacia su dignidad y privacidad.
- ◆ Participar de las decisiones sobre su atención médica.
- ◆ Rechazar un tratamiento.
- ◆ Estar libre de amenazas o actos de venganza, coacción, castigo o inconveniencia contra usted, según se explica en las reglas federales.
- ◆ Pedir y obtener una copia de su historia médica y pedirnos que la cambiemos o la corrijamos.
- ◆ Ser notificado si su proveedor de atención primaria (PCP) sale de nuestra red. Debemos informarle a más tardar 30 días antes de que eso ocurra o 15 días después de que se nos notifique que su PCP ha salido de la red.
- ◆ Acceder a servicios de atención médica comparables en cantidad, duración y alcance a los servicios de pago por servicio de Medicaid (FFS). Además, puede esperar estos servicios razonablemente para lograr el propósito para los que se prestan.
- ◆ Recibir servicios apropiados y que no se los denieguen o reduzcan únicamente debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o la afección médica.
- ◆ Recibir toda la información de una manera y en un formato que sean fáciles de entender. Esto incluye, entre otras cosas, avisos de inscripción, materiales informativos y opciones y alternativas de tratamiento de una manera que se adapte a su estado y capacidad de comprensión.
- ◆ Recibir ayuda del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) y nosotros para entender nuestras reglas y beneficios.
- ◆ Obtener servicios de traducción gratuitos para todos los idiomas además del inglés.
- ◆ Obtener servicios de interpretación oral gratuitos.
- ◆ Obtener información, como miembro potencial, sobre las características básicas de la atención administrada, para poder tomar una decisión informada. Esto incluye quién puede y quién no puede inscribirse en el programa. También incluye lo que debemos hacer para coordinar la atención de manera oportuna.
- ◆ Obtener información sobre nuestros servicios de Healthy Blue. Puede visitar nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com o llamar a nuestro servicio de atención al cliente al 866-781-5094. Puede obtener información sobre lo siguiente:
 - Beneficios que cubrimos.
 - Cómo recibir beneficios, incluida cualquier autorización previa que pueda necesitar.
 - Área de servicio.
 - Nombres, ubicaciones, números de teléfono e idiomas además del inglés hablados por los proveedores de la red. Esto incluye, al menos, PCP, especialistas y hospitales.
 - Límites a su libertad de elección entre los proveedores de la red.
 - Proveedores que no aceptan nuevos pacientes.
 - Beneficios que no ofrecemos, pero que usted aún puede obtener. Esto incluye cómo obtener esos beneficios y cómo obtener servicios de traslado.

- ◆ Obtener información detallada sobre su derecho de anulación de la inscripción al menos cada año.
- ◆ Recibir un aviso sobre cualquier cambio importante en sus beneficios. Debemos informarle al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia.
- ◆ Aprender cómo presentar un reclamo o apelación.
- ◆ Aprender cómo solicitar una audiencia justa estatal.
- ◆ Obtener información sobre cobertura para emergencias y fuera del horario de atención. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:
 - Lo que consideramos como afecciones médicas de emergencia, servicios de emergencia y servicios postestabilización
 - Que los servicios de emergencia no requieren autorización previa
 - Cómo obtener servicios de emergencia
 - Dónde obtener los servicios de emergencia y postestabilización que cubrimos
 - Su derecho a acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Reglas de los servicios de atención postestabilización
- ◆ Recibir nuestra política sobre derivaciones a atención especializada y otros beneficios que su PCP no brinda.
- ◆ Pedirnos que protejamos su privacidad.
- ◆ Aplicar estos derechos sin afectar la forma en la que nosotros, nuestros proveedores o el SCDHHS lo tratamos.
- ◆ Hablar con franqueza sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias, sin importar los costos o la cobertura de beneficios.
- ◆ Expresar sus quejas o apelaciones sobre nosotros o la atención que recibe.
- ◆ Sugerir cambios en esta política.

Responsabilidades de los miembros

Tiene las siguientes responsabilidades:

- ◆ Informarnos a nosotros y al programa estatal de Medicaid cuando haya cambios en su vida. Esto incluye mudarse, cambiar de número de teléfono o recibir otro seguro. Además, incluye si está embarazada o el número de personas de su hogar cambia. Infórmenos si pierde o le roban su tarjeta de identificación.
- ◆ Mostrar sus tarjetas de identificación cada vez que reciba atención.
- ◆ Cumplir con sus visitas médicas y presentarse a tiempo. Si debe cancelarlas o si va a llegar tarde, llame al consultorio médico para informarles.
- ◆ Tratar a su PCP y al personal con respeto.
- ◆ Trabajar con sus médicos para entender su salud y diseñar los objetivos de su plan de tratamiento.
- ◆ Hacer preguntas y asegúrese de entender lo que su médico le dice.
- ◆ Seguir el plan de tratamiento que usted y su médico han elaborado. Dígale a su médico si no puede seguir el plan.
- ◆ Brindarle a sus médicos y a nosotros tanta información como pueda. La usamos para ayudarlo a reponerse y mantenerse saludable.
- ◆ Saber cómo buscar atención de emergencia.
- ◆ Usar la sala de emergencias (ER) solo para verdaderas emergencias, no para la atención de rutina.
- ◆ Leer todo nuestro material detenidamente cuando se inscriba.
- ◆ Seguir las reglas de nuestro plan.
- ◆ Llenar y enviar su formulario de renovación cada año. Recibirá este formulario de South Carolina Healthy Connections Medicaid.
- ◆ Llamarnos cuando nos necesite.

Parte 21: Palabras que usamos

Estos son algunos de los significados de las palabras que usamos en este manual.

Determinación de beneficios adversa significa lo siguiente:

- ◆ Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio que solicitó. Esto incluye el tipo o nivel de servicio.
- ◆ Reducimos, retrasamos o ponemos fin a un servicio que fue aprobado antes.
- ◆ Denegamos un pago por un servicio en su totalidad o en parte.
- ◆ No cumplimos con brindar servicios o resolver reclamos y apelaciones de manera oportuna.
- ◆ Denegamos una solicitud para recibir servicios fuera de su red si vive en un área rural solo con una sola organización de atención administrada (MCO).

Directiva anticipada es un documento legal que indica cómo desea ser tratado en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones.

Apelación es una solicitud de revisión de una determinación de beneficios adversa.

Aprobación por Healthy Blue implica que usted ha recibido una aprobación con anticipación de nuestra parte.

Beneficios son los servicios de atención médica y medicamentos cubiertos por este plan.

Proveedor contratado es un proveedor licenciado o certificado por la entidad de licenciamiento de Carolina del Sur o agencia que establece estándares pertinente, contratada por la MCO para prestar servicios de atención médica.

Copagos son tarifas que algunos miembros pagan por algunos servicios cubiertos. A partir del 1 de julio de 2024, los copagos para los beneficios médicos y de farmacia son de \$0. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) eliminó todos los copagos para estos servicios. Esto se aplica tanto a los miembros de Healthy Connections Medicaid como a los de Healthy Blue.

DAODAS es el Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas de Carolina del Sur.

Anulación de la suscripción significa que debe dejar de usar el plan de salud porque ya no es elegible o cambió de plan de salud.

DMH es el Departamento de Salud Mental de Carolina del Sur.

Equipo médico duradero son equipos que proporcionan beneficios terapéuticos o permiten a los beneficiarios realizar ciertas tareas que no pueden llevar a cabo de otra forma debido a determinadas afecciones médicas o enfermedades.

Afección médica de emergencia significa una afección médica con signos graves, como dolor fuerte o parto activo, ante la cual una persona con conocimiento promedio sobre salud y medicina pensaría razonablemente que, si no recibe atención médica de inmediato, podría pasar lo siguiente:

- ◆ Su salud o la de su bebé nonato estaría en riesgo.
- ◆ Una función corporal se vería afectada.
- ◆ Una parte del cuerpo u órgano sufriría una disfunción.

Servicios de emergencia son servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que son:

- ◆ Prestados por un proveedor cualificado para prestar estos servicios según este título
- ◆ Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia

Servicios excluidos son los servicios de Medicaid no incluidos en los beneficios básicos de Healthy Blue y que el Estado reembolsa mediante pago por servicio.

Reclamo significa que usted declara que no está satisfecho con algún asunto que no sea una determinación de beneficios adversa.

Seguro de salud puede incluir cualquier póliza individual de accidente y salud o póliza grupal que proporcione el pago de los costos de atención médica. El proveedor que acepte como paciente a un beneficiario de Medicaid deberá solicitar el pago a todos los recursos de terceros disponibles antes de facturar a Medicaid. Todas las reclamaciones de terceros presentadas deben asignarse al proveedor.

Plan de salud es una compañía que ofrece planes de seguro de salud de atención administrada.

Los servicios a domicilio y basados en la comunidad ayudan a las personas con necesidades de cuidados a largo plazo a permanecer en su domicilio según lo autorizado en una Exención 1915(c) o un Plan Estatal 1915(i) aprobados.

Los proveedores de atención médica en el hogar le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios a domicilio.

Un hospicio brinda atención en el hogar para un miembro que se espera que no vivirá más de seis meses.

Hospital es un lugar donde recibe atención de hospitalización y ambulatoria por parte de médicos y enfermeros.

La atención de hospitalización ocurre cuando tiene que quedarse toda la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Médico significa médico licenciado por el Colegio de Examinadores Médicos, según el Departamento de Trabajo, Licenciamiento y Regulaciones de Carolina del Sur.

Servicios médicamente necesarios son los servicios usados en el programa estatal de Medicaid, incluidos los límites de tratamiento cuantitativos y no cuantitativos, según lo indicado en los estatutos y regulaciones estatales, el plan estatal y otras políticas y procedimientos estatales.

Miembro es una persona aprobada por el estado de Carolina del Sur para inscribirse en nuestro plan de salud.

Proveedor no participante se refiere a un médico licenciado para ejercer que no está contratado o empleado por Healthy Blue para prestar servicios de atención médica.

La atención ambulatoria ocurre cuando no tiene que quedarse toda la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Plan (también conocido como “plan de salud”) es intercambiable con los términos contratista, plan de atención administrada o HMO/MCO.

Prima es una tarifa mensual que puede pagarse a Medicare o Medicaid.

Proveedor de atención primaria (PCP) es el proveedor que tiene durante la mayor parte de su atención médica. Esta persona lo ayuda a obtener la atención que necesita. Su PCP debe aprobar la mayor parte de la atención con anticipación, a menos que sea una emergencia.

Autorización previa significa que tanto Healthy Blue como su proveedor de atención médica aceptan con anticipación que el servicio o la atención que solicitó son médicamente necesarios.

Proveedor es cualquier persona o entidad que presta servicios de Medicaid en virtud de un acuerdo de proveedor con Healthy Blue o la agencia de Medicaid. Puede tratarse de cualquier persona, grupo, médico (incluye, entre otros, proveedores de atención primaria y especialistas) o entidad (incluye, entre otros, hospitales, proveedores auxiliares, centros ambulatorios [independientes o propios], clínicas y laboratorios) que preste servicios de Medicaid en virtud de un acuerdo con la agencia de Medicaid.

Para el programa de atención gestionada de Medicaid, significa cualquier persona, grupo, médico (incluye, entre otros, proveedores de atención primaria y especialistas) o entidad (incluye, entre otros, hospitales, proveedores auxiliares, clínicas, centros ambulatorios [independientes o de propiedad] y laboratorios) que se dedique a la prestación de servicios de atención médica y esté legalmente autorizado para ello por el estado en el que presta los servicios. Estos son algunos tipos de proveedores de atención médica:

- ◆ Audiólogo: médico que evalúa su audición
- ◆ Enfermero o partero certificado: un enfermero registrado licenciado y certificado para ejercer como enfermero registrado de prácticas avanzadas por el Colegio de Enfermeros según el Departamento de Trabajo, Licenciamiento y Regulaciones de Carolina del Sur
- ◆ Enfermero anestesista registrado certificado: enfermero capacitado para administrarle anestesia
- ◆ Quiropráctico: médico que trata problemas de la columna u otras partes del cuerpo
- ◆ Dentista: médico que cuida de sus dientes y su boca
- ◆ Médico de familia: médico que trata problemas médicos comunes en personas de todas las edades
- ◆ Médico general: médico que trata problemas médicos comunes
- ◆ Internista: un médico que atiende a adultos y trata problemas que tienen que ver con los órganos internos del cuerpo
- ◆ Partero licenciado: persona que ha cumplido con los requisitos de educación y aprendizaje establecidos por el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur (DPH)
- ◆ Consejero profesional licenciado: persona capacitada para tratar problemas mentales y emocionales
- ◆ Enfermero vocacional licenciado: enfermero licenciado que trabaja con su médico
- ◆ Consejero matrimonial, de familia y de menores: persona que lo ayuda con problemas familiares
- ◆ Enfermero profesional y especialista en enfermería clínica: enfermero registrado que completa un programa de educación formal avanzada y está licenciado y certificado por el Colegio de Enfermeros según el Departamento de Trabajo, Licenciamiento y Regulaciones
- ◆ Obstetra/ginecólogo (ginecoobstetra): médico que cuida de la salud de una mujer, incluido cuando está embarazada o da a luz
- ◆ Terapeuta ocupacional: profesional de la salud que le ayuda a recuperar las habilidades y actividades diarias tras una enfermedad o lesión
- ◆ Optometrista: médico que cuida de sus ojos y su visión
- ◆ Pediatra: médico que trata a niños desde el nacimiento hasta la adolescencia
- ◆ Fisioterapeuta: profesional de la salud que le ayuda a desarrollar la fuerza del cuerpo tras una enfermedad o lesión
- ◆ Asistente médico: profesional de la salud que realiza tareas aprobadas por el Colegio de Examinadores Médicos del estado en una relación dependiente con un médico supervisor o bajo supervisión personal directa del médico tratante
- ◆ Podólogo o quiropedista: médico que cuida de sus pies
- ◆ Psiquiatra: médico que trata problemas de salud mental y receta medicamentos
- ◆ Psicólogo: médico que trata problemas de salud mental, pero no receta medicamentos

- ◆ **Enfermero registrado:** enfermero con más formación que un enfermero vocacional licenciado, que tiene licencia para ejercer ciertas funciones con su médico
- ◆ **Terapeuta respiratorio:** profesional de la salud que lo ayuda con la respiración
- ◆ **Patólogo del habla:** profesional de la salud que lo ayuda con el habla
- ◆ **Cirujano:** médico que puede operarlo

Red de proveedores se refiere a los proveedores con los que una organización de atención administrada (MCO) tiene un contrato o un acuerdo para prestar servicios de atención médica cubiertos a los miembros de Medicaid en el marco de un plan de atención coordinada o red de la MCO.

La cirugía reconstructiva se realiza si hay un problema con una parte del cuerpo y es médicamente necesaria para hacer que esa parte luzca y funcione mejor. Este problema podría ser causado por un defecto congénito, una enfermedad o una lesión.

SCDHHS es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur.

La segunda opinión es su derecho a visitar a un médico más para que le dé su opinión sobre cómo tratar su problema de salud. Las segundas opiniones están disponibles sin costo para usted y pueden incluir la consulta a un proveedor que no pertenece a la red. Una segunda opinión de un proveedor que no pertenece a la red requiere previa aprobación. Llame al servicio de atención al cliente si desea buscar otro médico para obtener una segunda opinión.

Lista única de medicamentos preferidos (sPDL) se refiere a una PDL única, dirigida por el estado para todas las MCO participantes y el programa de Medicaid de pago por servicio (FFS) que el SCDHHS implementó a partir del 1 de julio de 2024. Una PDL es una lista de medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por el beneficio de farmacia que los pagadores de atención médica utilizan para alentar a los proveedores a recetar ciertos medicamentos en lugar de otros. Una PDL no es una lista integral de todos los medicamentos cubiertos por Medicaid. La PDL del estado se encuentra en la sección de farmacia del sitio web del SCDHHS. Aunque el SCDHHS establece la PDL única, los procesos de autorización previa y los criterios para medicamentos no preferidos no cambiarán durante la transición a una PDL única. Para los miembros de Healthy Connections Medicaid que están inscritos en una MCO, los proveedores seguirán utilizando el proceso de autorización previa y los criterios establecidos por la MCO.

Un centro de enfermería especializada es un lugar donde se le brinda atención de enfermería las 24 horas del día que solo los profesionales de la salud capacitados pueden brindar.

South Carolina Healthy Connections Medicaid es la agencia estatal de Medicaid que le brinda servicios de atención médica. Forma parte del SCDHHS.

Especialista se refiere a un profesional de la atención médica que solo trata determinadas partes del cuerpo, determinadas afecciones o determinados grupos de edad.

Una afección médica urgente no es una emergencia, pero necesita atención médica en un plazo de 48 horas.

Las vacunas, también llamadas inmunizaciones, son inyecciones u otras formas de medicamento que evitan enfermedades.

Los bienes y servicios de valor agregado (VAIS) o beneficios de valor agregado (VAB) son bienes y servicios provistos a los miembros, que no se incluyen en los beneficios básicos y no están financiados por Medicaid. Los VAIS o VAB relacionados con la atención médica son bienes o servicios que están diseñados para mantener o mejorar el estado de salud de los miembros.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SUS REGISTROS MÉDICOS SE PUEDEN USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

NUESTRA PROMESA DE PRIVACIDAD

En Healthy Blue entendemos la importancia de manejar sus registros médicos con cuidado. Nos comprometemos a proteger la privacidad de sus registros médicos. Las leyes estatales y federales nos exigen asegurarnos de que sus registros médicos se mantengan privados.

La ley federal exige que le hagamos llegar este Aviso de prácticas de privacidad, donde se describen nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a sus registros médicos y sus derechos legales con respecto al uso y divulgación de sus registros médicos por nuestra parte. Por ley, debemos respetar los términos del aviso que está en vigencia actualmente.

Este aviso entró en vigencia el 23 de septiembre de 2013 y seguirá estando vigente hasta que lo cambiemos o lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley lo permita. Estos cambios entrarán en vigencia para todos los registros médicos que conservamos, incluidos los registros médicos que creamos o recibimos, de fuentes públicas y privadas, antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio material en nuestras prácticas de privacidad, proporcionaremos a los miembros cubiertos por nuestro plan de salud en ese momento una copia de un nuevo aviso o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtener un nuevo aviso en un plazo de 60 días. Asimismo, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com.

CÓMO USAMOS O COMPARTIMOS SUS REGISTROS MÉDICOS

Podemos usar o compartir sus registros médicos en los siguientes casos:

- ◆ Para tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir información para ayudar a su médico a brindarle tratamiento y atención apropiada.
- ◆ Para pagos. Por ejemplo, podemos usar sus registros para poder pagar las facturas que su proveedor nos envíe.
- ◆ Para operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar sus registros para poder ejecutar nuestro plan de salud y garantizar que usted reciba atención de calidad. No tenemos permitido usar ni compartir información genética para fines de suscripción de seguro.
- ◆ Para ayudar a controlar su salud. Por ejemplo, podemos informarle a su médico sobre un programa que podría mejorar su salud.
- ◆ Para recordarle una visita médica.
- ◆ Para informarle sobre otros tratamientos y programas, como aquellos para dejar de fumar o perder peso.
- ◆ Para encontrar formas de mejorar nuestros programas.
- ◆ Para ayudar a resolver una queja presentada por usted o uno de nuestros médicos.

Además, podemos compartir sus registros médicos con un familiar, amigo u otra persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. Antes de divulgar sus registros médicos a esa persona, le pediremos su aprobación. Si no está disponible o no puede decirnos nada debido a una enfermedad o lesión, decidiremos qué acción lo beneficiará más.

La ley estatal y federal puede exigirnos compartir sus registros médicos con las siguientes entidades o personas:

- ◆ Con agencias estatales y federales que nos administran. Por ejemplo, es posible que debamos compartir sus registros con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS).
- ◆ Con una agencia de salud pública. Por ejemplo, los registros pueden ayudar a evitar una amenaza grave a la salud pública o a la seguridad.
- ◆ Con un tribunal de justicia.
- ◆ Con las fuerzas de seguridad. Por ejemplo, es posible que debamos compartir sus registros médicos para ayudar a detener un caso de abuso infantil.
- ◆ Con un médico forense o director de funeraria para ayudar a encontrar una causa de muerte.
- ◆ Con un centro médico para fines de donación o trasplante de órganos.
- ◆ Con oficiales gubernamentales. Por ejemplo, es posible que debamos compartir sus registros médicos para fines de seguridad nacional.
- ◆ Para compensación a los trabajadores.
- ◆ Para mitigación de desastres.

La ley federal indica que debemos informarle sobre lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la información médica personal (PHI) que se nos proporciona de forma oral, por escrito o que está guardada en una computadora. Además, debemos informarle cómo la mantenemos segura.

Para proteger la PHI, que incluye raza/etnia, idioma preferido, identidad de género y orientación sexual:

- ◆ En papel (conocido como formato físico):
 - Cerramos nuestras oficinas y archivadores con llave.
 - Destruimos los papeles que contienen información médica para que otros no puedan obtenerla.
- ◆ Guardada en una computadora (conocido como formato técnico):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas puedan obtenerla.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- ◆ Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, los médicos o el estado, etc.:
 - Creamos reglas para mantener la información segura, lo que se denomina políticas y procedimientos.
 - Les enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas.

CUÁNDO NECESITAMOS SU APROBACIÓN PARA USAR O COMPARTIR SUS REGISTROS MÉDICOS

Antes de poder usar o compartir sus registros médicos por cualquier motivo que no sea uno de los indicados anteriormente, primero debemos obtener su aprobación por escrito. Si nos da su aprobación y luego decide que desea revocarla, puede informarnoslo y dejaremos de usar o compartir sus registros médicos por ese motivo.

Aparte de los motivos indicados anteriormente, no podemos usar o compartir sus registros médicos sin su aprobación escrita. Puede otorgarnos el derecho de compartir sus registros médicos con otra persona por cualquier motivo. Tenemos un formulario para tal fin y se lo enviaremos si nos lo solicita. Podemos anular su aprobación en cualquier momento si nos lo indica por escrito.

Debemos obtener su aprobación para usar o divulgar notas de psicoterapia, excepto según lo exigido por la ley. Debemos obtener su aprobación para vender sus registros médicos a un tercero. Debemos obtener su aprobación para enviarle información sobre productos o servicios relacionados con la salud, excepto aquellos que nosotros ofrecemos o que están asociados a su plan de salud.

RAZA, ETNIA, IDIOMA, ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

Recibimos información sobre su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género de la agencia estatal de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil. Protegemos esta información tal como se describe en este aviso.

Usamos esta información para los siguientes fines:

- ◆ Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita
- ◆ Crear programas para mejorar los resultados de salud
- ◆ Crear y enviar información sobre educación de la salud
- ◆ Informar a los médicos sobre sus necesidades de idioma
- ◆ Brindar servicios de interpretación y traducción

No usamos esta información para los siguientes fines:

- ◆ Emitir un seguro de salud
- ◆ Decidir cuánto cobrar por los servicios
- ◆ Determinar beneficios
- ◆ Compartir con usuarios no aprobados

SU INFORMACIÓN PERSONAL

Podemos solicitar, usar y compartir información personal (PI) tal como lo explicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. A menudo se recibe para fines de seguro.

- ◆ Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- ◆ Podemos recibir PI sobre usted de otras personas o grupos, como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- ◆ Podemos compartir su PI con personas o grupos externos a nuestra compañía sin su aprobación en algunos casos.
- ◆ Le informaremos antes de hacer algo para lo que usted tenga el derecho de negarse.
- ◆ Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- ◆ Tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- ◆ Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

SUS DERECHOS

A continuación, explicamos sus derechos con respecto a sus registros médicos:

- ◆ **Tiene derecho a pedirnos que limitemos la forma en la que usamos o compartimos sus registros médicos.** Intentaremos hacer lo que nos pide, pero la ley no nos exige hacerlo.
- ◆ **Tiene derecho a ver y obtener una copia impresa o electrónica de los registros médicos que tenemos sobre usted.** Esto incluye cualquier elemento que usemos para tomar decisiones sobre su atención médica. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, se lo debemos informar.
- ◆ **Tiene derecho a pedirnos que enviemos su información de otra forma o a otra dirección.** Por ejemplo, si cree que puede estar en peligro si enviamos sus registros por correo a su dirección particular, puede pedirnos que usemos otra dirección postal.
- ◆ **Tiene derecho a pedirnos que cambiemos los registros médicos que tenemos sobre usted.** Por ejemplo, si cree que falta información en sus registros médicos o que esta es incorrecta, puede pedirnos que hagamos los cambios. Tendremos 60 días para responder y enviárselos. Si necesitamos más tiempo, se lo debemos informar.

- ◆ **Tiene derecho a recibir una lista de las fechas en las que les hemos entregado sus registros a otros durante los últimos seis años.** No tenemos que incluir ningún momento en el que hayamos compartido información bajo su aprobación o según lo permitido por la ley. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, se lo debemos informar.
- ◆ **Tiene derecho a que le notifiquemos si se produce una filtración de información.** Tiene derecho a que le notifiquemos si se produce una filtración de cualquier parte de su información médica protegida no asegurada.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si tiene una pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad o si desea obtener una copia impresa de este aviso, llame al servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Si cree que podemos haber violado sus derechos a la privacidad, puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Healthy Blue
Privacy Officer
Mail Code AX-E13
PO Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

Además, puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le brindaremos la dirección a petición suya.

Apoyamos su derecho a la privacidad de sus registros médicos. No tomaremos represalias de ninguna forma si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Declaración de no discriminación y servicios en otros idiomas

A la hora de inscribir a nuevos miembros en nuestros planes de salud o brindar beneficios, no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud.

Si usted o alguien a quien usted asiste tiene una discapacidad y necesita servicios de interpretación, puede obtener ayuda llamando al número de contacto publicado en nuestro sitio web o en el material que se incluye con este aviso (TDD: 711).

Las personas que no sepan leer o hablar inglés pueden recibir apoyo gratuito de interpretación de idiomas llamando a cualquiera de los números que se brindan a continuación.

Si considera que no hemos cumplido con estos servicios o que hemos ejercido algún tipo de discriminación, puede enviar su reclamación por correo electrónico a contact@hcrcompliance.com o llamando al área de Cumplimiento al 1-800-832-9686, o puede contactarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839. (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره ی این برنامه ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áá háida bíká'aná nílwo'ígíí díí Béeso Ách'ááh naa'níligi háá'ida yí na' ídíl kidgo, nihá'áhóót'i' nihi ká'a'doo wołgo kwii ha'át'ishíí bí na'ídołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é ła' bich'í' ha desdizh nínízingo, koji' béesh bee hólne' 1-844-516-6328. (Navajo)

Vann du adda ebbah es du am helfa bisht, ennichi questions hend veyyich *deah health plan*, hend diah's recht fa hilf un information greeya in eiyah aykni shprohch unni kosht. Fa shvetza mitt en interpreter, roof deah nummah oh 1-833-584-1829. (Pennsylvania Dutch)

HEALTHY BLUE ♦ PO BOX 100317 ♦ COLUMBIA, SC ♦ 29202-3317

Servicio de atención al cliente: 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Línea de enfermería las 24 horas: 800-830-1525 (TTY: 711)

 @HealthyBlueSC

 @HealthyBlueSC

 @HealthyBlueSC

 @HealthyBlueSC

www.HealthyBlueSC.com



Healthy BlueSM
BlueChoice[®] HealthPlan of SC

Healthy Connections 

*Este documento contiene enlaces a sitios web de terceros. Esas organizaciones son las únicas responsables del contenido y de las políticas de privacidad de sus sitios.

Healthy Blue se ofrece mediante BlueChoice HealthPlan, un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

220554-4-2025