Kentucky

Manual para los afiliados

WellCare®

Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

Enero 2021

KY1CADMHB66040S_2020

WellCare of Kentucky...
Cuida de usted

Bienvenido a WellCare of Kentucky. Al conectar con todos aquí, verá que usted es nuestra prioridad. Esto significa que recibe una mejor atención.

Nuestro manual será su guía para la amplia gama de servicios de atención médica Medicaid que están a su disposición. Si tiene preguntas sobre la información de su paquete de bienvenida, este manual o su plan de salud, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. También puede obtener más información en nuestro sitio web. Ingrese a **www.wellcare.com/Kentucky**. También podemos ayudarlo a concertar una cita con su médico y le brindaremos más información acerca de los servicios que puede obtener con su nuevo plan de salud.

Cómo funcionan la Atención Administrada

Nuestro plan, nuestros proveedores y usted

Usted es nuestra prioridad. Trabajamos arduamente para asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Varias personas reciben beneficios de atención de la salud a través de la atención administrada, que funciona como una sede central para su salud. La atención administrada ayuda a coordinar y administrar todas sus necesidades de salud.
- WellCare of Kentucky tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Kentucky Medicaid. A su vez, WellCare of Kentucky se asocia con un grupo de proveedores de atención médica para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y otros centros de salud) conforman nuestra

red de proveedores. Puede encontrar una lista en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web para acceder el directorio de proveedores en línea en **www.wellcare.com/Kentucky**. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener una copia del directorio de proveedores.

- Cuando se afilia a WellCare of Kentucky, nuestros proveedores están ahí para apoyarlo. La mayoría de las veces esa persona será su Proveedor de cuidado primario (PCP). Si necesita realizarse una prueba, ver a un especialista o ir a un hospital, su PCP puede ayudarle a organizarlo.
- Su PCP está disponible para usted día y noche. Si necesita hablar con su PCP luego del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje y cómo se puede comunicar con usted. Su PCP se comunicará con usted tan pronto como pueda. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, puede acudir a otros médicos para recibir algunos servicios sin consultar con su PCP.

Cómo usar este manual

Este manual para los afiliados le brindará más información sobre sus beneficios y cómo funciona su plan de salud.

Encontrará información muy valiosa. Este manual le informa sobre:

- Sus beneficios y servicios cubiertos y cómo obtenerlos
- Directivas anticipadas (hay más información sobre esto en la sección de *Directivas anticipadas* más adelante en este manual)
- Cómo usar los procesos de quejas y apelaciones para los casos en que no esté conforme con nuestro plan de salud o una decisión que hayamos tomado
- Cómo protegemos su privacidad

Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. También le indica los pasos a seguir para hacer que su plan funcione para usted. Las primeras páginas le indican lo que debe saber de inmediato. Léalo, úselo como referencia o revíselo poco a poco y guárdelo en un lugar seguro. Esperamos que pueda responder a la mayoría de sus preguntas. En caso contrario, llámenos. Si pierde su manual, llámenos. Le enviaremos uno nuevo por correo o correo electrónico si acepta recibir información de parte de nosotros por correo electrónico. También puede encontrar el manual en nuestro sitio web en **www.wellcare.com/Kentucky**.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, pregúntele a su proveedor de cuidado primario (PCP) o llame al Servicio de Atención al Cliente. Número de teléfono sin cargo **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **www.wellcare.com/Kentucky**.

Si usted es nuevo en nuestro plan, esté atento a su tarjeta de identificación (ID) de WellCare of Kentucky. Debe recibirla por correo a los pocos días de recibir su kit de bienvenida y este manual. **Asegúrese de conservar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con usted en todo momento**. Consulte la sección "*Cómo comenzar con nosotros*" de este manual para obtener más información sobre su tarjeta de ID y cómo utilizarla.

Ayuda del Servicio de Atención al Cliente

- Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame al Departamento del Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **www.wellcare.com/Kentucky**.
- En caso de una emergencia médica, llame al **911**.
- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda cada vez que tenga una duda sobre:**
  - Actualizar su información de contacto, como su dirección de correo postal y número de teléfono
  - Obtener una nueva tarjeta de ID de WellCare of Kentucky
  - Encontrar y elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)
  - Concertar una cita con un proveedor
  - Preguntar sobre los beneficios y servicios
  - Obtener ayuda con las derivaciones
  - Presentar una queja o una apelación
  - Reemplazar una tarjeta de identificación o manual perdidos
  - Informar el nacimiento de un bebé
  - O preguntar acerca de cualquier cambio u otro asunto que pueda afectarlo a usted o a los beneficios de su familia

- Si está o queda embarazada, su bebé será parte de WellCare of Kentucky el día de su nacimiento. Si queda embarazada, debe llamarnos y al Departamento de Servicios Comunitarios local de inmediato. También podemos ayudarla a elegir un médico tanto para usted como para su bebé antes de que nazca.
- **Si el inglés no es su primer idioma (o si está leyendo esto para alguien que no lee inglés), podemos ayudarlo.** Queremos que sepa cómo usar su plan de salud, sin importar el idioma que hable. Incluso podemos coordinar para contar con un traductor o intérprete de lenguaje de señas en sus citas. Simplemente llámenos y encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que pueden ayudarlo. Este servicio es sin cargo.
- Para las personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas o tiene problemas para escuchar o entender, llámenos si necesita más ayuda. Si está leyendo esto para alguien ciego, sordo o con dificultad para ver, también podemos ayudar. Podemos informarle si el consultorio de un médico tiene acceso para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, contamos con servicios como:
  - Máquina para TTY. Nuestro número de teléfono para TTY es **711**.
  - Información en letra grande.
  - Ayuda para reservar o acudir a las citas.
  - Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su afección.

Ayudas y servicios auxiliares.

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan de salud, atención y servicios en un formato que pueda comprender y al que pueda acceder. Proporcionamos ayudas y servicios gratuitos para que las personas puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como, por ejemplo:

- Una máquina para TTY. Nuestro número de teléfono para TTY es **711**.
- Intérpretes estadounidenses calificados en lenguaje de señas.
- Información por escrito en otros formatos (como Braille, letra grande o audio).

Estos servicios están disponibles para los afiliados con discapacidades sin costo alguno. Para solicitar ayudas o servicios, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

El programa Kentucky Medicaid cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si cree que WellCare of Kentucky no proporcionó estos servicios, puedes presentar un reclamo. Para presentar una queja o para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Si llama fuera del horario de atención, con una solicitud no urgente, deje un mensaje. Le llamaremos al siguiente día hábil. Para escribirnos, envíe su solicitud a:

WellCare of Kentucky
Attn: Customer Services
P.O. Box 438000
Louisville, KY 40253

Nuevamente, bienvenido a WellCare of Kentucky. ¡Le deseamos buena salud!

Índice

WellCare Of Kentucky... Cuida de usted 3
Cómo funcionan la Atención Administrada 3
Cómo usar este manual 4
Ayuda del Servicio de Atención al Cliente 5
Ayudas y servicios auxiliares 6
Diccionario de WellCare of Kentucky 14
Números de teléfono importantes 25
Su Guía de referencia rápida 27
Renueve su cobertura 29
Revise su correo 29
Lo que necesita hacer para mantener su cobertura 29
Actúe rápido 30
¡Llámenos si necesita ayuda! 30
Cómo comenzar con nosotros 31
Su tarjeta de Id del plan de salud 31
Verifique su tarjeta de ID y llévela consigo en todo momento 31
Parte I: Lo primero que debe saber 33
Conozca a su proveedor de cuidado primario (PCP) 34
Cómo recibir cuidado de la salud regular 34
Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario 35
Cómo cambiar su PCP 37
Envíenos su cuestionario para afiliados nuevos 38
Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas 39
En caso de una emergencia 39
Nuestro sitio web 40

Conozca sus derechos y responsabilidades 40
Elegibilidad e inscripción en WellCare of Kentucky 41
Asegúrese de que tengamos su dirección correcta 41
Su plan de salud 43
Principios básicos de la atención 44
Médicamente necesario 44
Clínicamente apropiado 44
Cómo concertar y conseguir sus citas médicas 45
Cómo obtener atención de especialidades y derivaciones 47
Proveedores fuera de la red 48
Servicios sin una derivación 48
Derivaciones para servicios no cubiertos por WellCare of Kentucky 49
Cuidado fuera del horario de atención 49
Cuidado de emergencia 49
Cuidado de emergencia fuera del área 51
Cuidado urgente 51
Cuidado fuera de Kentucky 52
Parte II: Sus beneficios 55
Beneficios 56
Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky 56
Cuidado de la salud regular 57
Cuidado de maternidad 57
Servicios de atención médica a domicilio 58
Servicios de cuidado personal/enfermería de servicio privado 58
Cuidados de atención para pacientes terminales o cuidados paliativos 58
Cuidado de la visión 58

Índice

Farmacia 59
Servicios de cuidado de emergencia 59
Cuidado de especialidades 59
Servicios en hogar de ancianos 59
Servicios de salud conductual y trastorno por abuso de sustancias 60
Servicios de transporte 60
Cómo obtener transporte que no es emergencia 60
Planificación familiar 61
Otros servicios cubiertos 62
Beneficios que ofrece el estado 62
Apoyo adicional para controlar su salud 63
Asistencia con problemas no relacionados con la atención médica 65

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable 66
Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky 66
Programa Healthy Rewards 73

Los beneficios que puede obtener de WellCare of Kentucky O un proveedor de Medicaid 81
Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) 81

Servicios NO cubiertos 83
Recepción de servicios no cubiertos 83
Si recibe una factura 84
Copago del afiliado 84

Parte III: Procedimientos del plan 85
Autorización y acciones de servicio 86
Autorizaciones Previas (PA) 86
Solicitudes de autorización de servicio para menores de 21 años 87
Qué Sucede una Vez que Recibimos su Solicitud de Autorización de Servicios 87

Preautorización y plazos **87**
Servicios disponibles sin autorización 88
Gestión de Utilización (UM) 89
Segunda opinión médica 90
Atención posterior a la estabilización 90
Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido 90
Programa de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps 91
Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido 92
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) 96
Servicios dentales 96
Atención de la salud conductual 97
Línea para crisis de salud conductual las 24 horas 97
Qué hacer en un caso de emergencia de salud conductual o si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan 98
Limitaciones y exclusiones de la salud conductual 98
Medicamentos con Receta 98
Lista de medicamentos preferidos 99
Otros medicamentos que puede obtener en la farmacia 100
Limitación de farmacia 100
Telesalud 101
Registro en el Portal seguro de miembros 101
Aplicación para Móvil MyWellCare 103
Coordinadores del servicio 104
Cuidado a largo plazo 104
Su cuidado cuando cambia de planes de salud o médicos (Transición del Cuidado) 105
Planificación de su cuidado 106

Índice

Salud preventiva 106

Pautas preventivas para la salud pediátrica (recién nacidos hasta 21 años de edad) 107

Para niños con asma 114

Para niños con diabetes 114

Examen de salud anual de la mujer 115

Pautas preventivas para la salud de los adultos 116

Directivas anticipadas 120

Testamento vital 120

Poder notarial para el cuidado de la salud: 121

Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental 121

Procedimientos de reclamo para afiliados 123

Reclamos 124

Si tiene problemas con su Plan de salud 124

Si no está satisfecho con su Plan de salud: Cómo presentar un reclamo (queja) 127

Apelaciones 128

Plazos para las apelaciones 131

Apelaciones estándar 131

Apelaciones aceleradas (expeditas) 131

Información adicional 132

Proceso de audiencia imparcial del estado 133

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial del estado 135

Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid 136

Informacion importante para el afiliado 139

Su membresía en WellCare of Kentucky 140

Guía de recursos 140

Aniversario de inscripción 140
Recuerde renovar su elegibilidad 141
Nuevas opciones de renovación de Medicaid 141
Reincorporación 142
Traslado entre las regiones de servicios de WellCare of Kentucky 142
Cancelación de inscripción 142
Información importante sobre WellCare of Kentucky 146
Estructura del plan/operaciones y forma de pago a nuestros proveedores 146
Evaluación de nueva tecnología 146
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud 147
Mejora de la calidad y satisfacción de los afiliados 147
Fraude, dispendio y abuso 148
Informe de fraude, dispendio y abuso a WellCare of Kentucky 148
Informe de fraude, desperdicio y abuso a Kentucky Medicaid 149
Ayuda adicional en su comunidad 149
Información del Servicio de Atención al Cliente 150
Manténganos informados 150
Sus derechos como afiliado 150
Sus responsabilidades como afiliado 152
Responsabilidad de terceros (TPL) 154
Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) 155
¿A dónde acudo si tengo preguntas? 155
Quejas 155
La discriminación es un delito 156

Diccionario de WellCare of Kentucky

Al leer este manual, puede que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir al usarlas.

Palabras/Frases
Directiva anticipada: Un documento legal, como un testamento vital, que indica a su médico y a su familia cómo quiere ser cuidado en caso de no poder manifestar sus decisiones por sí mismo.
Acción adversa: Una decisión que su plan de salud puede tomar para reducir, detener o restringir sus servicios de salud.
Apelación: Una solicitud que usted o su representante autorizado realizan al plan de salud para revisar una decisión que el plan tomó de negar, reducir o detener los servicios de atención médica.
Representante autorizado: Una persona de confianza (familiar, amigo, proveedor o abogado) a quien usted permite hablar en su nombre sobre sus beneficios, inscripción o reclamos de Medicaid.
Cuidado de la salud conductual: Servicios de tratamiento y rehabilitación de trastornos de la salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y del abuso de sustancias (alcohol y drogas).
Beneficios: Un conjunto de servicios de cuidado de la salud cubiertos por su plan de salud.
Administrador de cuidados: Un trabajador de la salud con formación especial que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba el cuidado adecuado cuando y donde lo necesite.

Palabras/Frases

Queja: Su disconformidad con nuestro plan de salud, un proveedor, cuidado o servicios. (Igual que *Reclamo*)

Copago: La cantidad de dinero que puede tener que pagar por una visita al proveedor, un servicio o una receta de medicamentos. También se denomina copago.

Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS): Renueva su cobertura de Medicaid o cambia información en su archivo de Medicaid, si se produce un cambio significativo en su vida. Un cambio significativo en su vida puede ser una dirección nueva, un cambio en la composición de la familia o un nuevo trabajo.

Departamento de Servicios de Medicaid (DMS): Contrata atención médica de calidad y servicios afines que produzcan resultados positivos para las personas elegibles para los programas administrados por el departamento.

Cancelación de la inscripción: Cuando usted ya no desea ser parte de nuestro plan de salud, y los pasos a seguir para dejar WellCare of Kentucky (voluntario). Cuando Kentucky Medicaid indica que usted ya no puede ser parte de nuestro plan de salud (voluntario).

Doble elegibilidad: Usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero: Determinados artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede ordenar para que los use si tiene una enfermedad o lesión.

Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos - (EPSDT) (Controles de salud): Exámenes de salud regulares para niños. Se utilizan para hallar y tratar problemas médicos.

Emergencia: Una afección médica grave que debe tratarse de inmediato.

Diccionario

Palabras/Frases

Afección médica de emergencia: Una situación en la que su vida podría estar en peligro o usted podría resultar herido de forma permanente si no recibe atención médica de inmediato, (como dolor intenso, trastornos psiquiátricos y/o síntomas y abuso de sustancias, ataque al corazón o fractura completa de huesos) que una persona podría razonablemente esperar que la falta de atención médica pudiera acarriar los siguientes problemas:

1. Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su feto).
2. Ocasionar daños graves a las funciones corporales.
3. Causar el mal funcionamiento de cualquier parte del cuerpo.
4. Causarle daños graves a usted u otras personas debido a la emergencia por abuso de alcohol o de drogas.
5. Causarle lesiones a usted o daños corporales a otras personas.
6. Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones:
   - No hay tiempo suficiente para un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
   - Ese traslado puede amenazar la salud o la seguridad de la mujer o su hijo nonato.

Transporte médico de emergencia: Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por una afección médica de emergencia.

Cuidado en la sala de emergencias: Cuidado que recibe en un hospital si presenta una afección médica de emergencia.

Servicios de emergencia: Servicios que recibe para tratar su afección médica de emergencia.

Adaptaciones de accesibilidad física: Cambios en su hogar para ayudarlo a estar y mantenerse saludable; los cambios que le ayudan a desempeñarse de manera segura por sí mismo en el hogar.

Palabras/Frases

Afiliado: Usted o alguien que se ha afiliado a nuestro plan de salud y que tiene la atención administrada de Medicaid.

Servicios excluidos: Servicios de atención médica que no están cubiertos por Medicaid.

HUB federal (el HUB): Verifica la información que determina la elegibilidad para la inscripción en los planes de salud calificados y los programas de asequibilidad de los seguros. Se conecta con las fuentes de datos federales que verifican la información de las solicitudes de los consumidores, incluidos los ingresos, la ciudadanía, la condición de inmigrante y el acceso a la cobertura mínima esencial.

Medicamentos genéricos: Un fármaco que tiene los mismos componentes básicos que un medicamento de marca.

Reclamo: Una queja por la que puede escribir o llamar a nuestro plan de salud si tiene un problema; cuando no está satisfecho con su plan de salud, proveedor, atención o servicios. (Igual que *Queja*)

Dispositivos y servicios de habilitación: Servicios y terapia que ayudan a una persona con discapacidades a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y desempeño para la vida diaria. Pueden ser pacientes internados o ambulatorios.

Seguro de salud: Un tipo de cobertura de seguro que paga sus gastos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Plan de salud (o Plan): La compañía de atención administrada que le proporciona cobertura de seguro de salud. Como la nuestra, que trabaja con proveedores de atención médica y centros para que usted y su familia se mantengan saludables.

Diccionario

Palabras/Frases

HMO (Health Maintenance Organization) (Organización de Mantenimiento de la Salud): Una compañía que trabaja con proveedores y centros de atención médica para que usted y su familia se mantengan saludables. (Igual que *MCO* y *Managed Care Plan*).

Cuidado de la salud a domicilio: Servicios de atención médica proporcionados en su hogar, como visitas de enfermeras o fisioterapia.

Servicios de cuidados paliativos: Servicios especiales para los pacientes y sus familias durante las etapas finales de la enfermedad (6 meses o menos, según determine el médico) y después de la muerte. Los servicios de cuidados paliativos incluyen determinados servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que apoyan a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.

Hospitalización: Admisión a un hospital para un tratamiento que suele requerir una estadía de una noche.

Cuidado hospitalario ambulatorio: Cuidado en un hospital en el que normalmente no necesita pasar la noche.

Tarjeta de identificación (ID): Una tarjeta que le daremos como prueba de que usted es afiliado de nuestro plan de salud.

Inmunizaciones: Vacunas que pueden mantenerlo a usted y a sus hijos a salvo de muchas enfermedades graves. Existen algunas vacunas que su hijo debe recibir antes de comenzar la guardería o la escuela en Kentucky.

Dentro de la red: Término que usamos cuando un proveedor está contratado por nuestro plan de salud.

Paciente internado: Alguien admitido en un hospital o centro médico.

Palabras/Frases

Programa de limitaciones: El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y sus necesidades de cuidado médico.

Cuidado a largo plazo: Para afiliados de edad avanzada o con discapacidad en el hogar, la comunidad, un centro o una institución.

Organización de Atención Administrada (MCO): Una HMO o aseguradora que tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. (Igual que *HMO* y el *Plan de Atención Administrada*)

Atención Administrada: Un plan de salud que trabaja con proveedores e instalaciones para mantenerlo a usted y a su familia saludable y manejar todas sus necesidades de atención médica. (Igual que *HMO* y el *Plan de Atención Administrada*)

Medicaid: Un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar la atención médica.

Médicamente necesario: Servicios o tratamientos médicos que necesita para mejorar su salud y mantenerse saludable.

Miembro: Una persona que recibe atención administrada de Medicaid.

Red (o red de proveedores): Una lista completa de médicos/hospitales, farmacias y otros trabajadores del cuidado de la salud que tienen un contrato con nuestro plan de salud para proporcionar servicios de atención médica a los afiliados.

Transporte para servicios médicos que no son de emergencia: Transporte que su plan puede organizar para ayudarlo a ir y volver de sus citas, que incluye vehículos personales, taxis, furgonetas, minibuses, transportes para zonas montañosas y transporte público.

Diccionario

Palabras/Frases

Proveedor no participante: Un médico, un hospital u otro establecimiento autorizado o un proveedor de atención médica que no haya firmado un contrato con nuestro plan de salud.

Paciente ambulatorio: Persona que recibe tratamiento en un centro médico, pero que no es admitido como paciente internado.

Medicamentos de venta libre (OTC): Artículos que le ofrecemos sin costo. Se envían directamente a su hogar cada mes. Algunos artículos incluyen vitaminas, medicamentos y pañales.

Proveedor participante: Un médico, hospital o centro con licencia o proveedor de atención médica que ha firmado un contrato con nuestro plan de salud para dar servicio a los afiliados.

Red de farmacias: Un grupo de farmacias que los afiliados pueden utilizar.

Servicios médicos: Servicios del cuidado de la salud proporcionados o coordinados por un médico licenciado Doctor en Medicina (M.D.) o Doctor en Medicina Osteopática (D.O.).

Plan (o Plan de Salud): La compañía de atención administrada que le proporciona cobertura de seguro de salud.

Posterior a la estabilización: Cuidado de seguimiento después de haber salido del hospital para asegurarnos de que se recupere y mantenga saludable.

Preautorización: Cuando necesitamos aprobar los servicios de cuidado de la salud o los medicamentos antes de que los reciba. También se denomina autorización previa.

Palabras/Frases

Lista de medicamentos preferidos (PDL): Una lista de medicamentos armada por médicos y farmacéuticos para que la utilicen los afiliados. Estos medicamentos están cubiertos por el plan.

Prima: El monto que paga por la cobertura de su plan de salud.

Medicamento con Receta: Un medicamento que, por ley, requiere una receta médica.

Cobertura de medicamentos con receta: Cubre todo o parte del costo de los medicamentos recetados.

Proveedor de cuidado primario (PCP): El proveedor que se encarga y coordina todas sus necesidades de salud. Su PCP suele ser la primera persona a la que debe contactar si necesita cuidado. Su PCP suele estar en la práctica general, en el área de medicina familiar, medicina interna o pediatría o es un ginecólogo obstetra.

Proveedor: Aquellos que trabajan con el plan de salud para brindar atención médica, como médicos, hospitales, farmacias, laboratorios y demás.

Directorio de proveedores: Una lista de proveedores participantes en la red de su plan de salud.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: Servicios y equipos de atención médica que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, audiología y patología del habla y el lenguaje. Los servicios se limitan a aquellos que se espera que mejoren en un tiempo razonable.

Derivaciones: Cuando su PCP le envía a ver a otro proveedor de atención médica, por lo general, un especialista.

Diccionario

Palabras/Frases

Servicios: Atención médica que cubrimos.

Atención de enfermería especializada: Servicios de enfermeras con licencia en su hogar o en un hogar de ancianos que proporcionan el cuidado adecuado a las personas que:

- Necesitan ayuda con las actividades normales de la vida diaria las 24 horas del día.
- Necesitan cuidado proporcionado por personal de enfermería con licencia y personal paramédico de manera regular y a largo plazo.
- Puedan tener una necesidad primaria de atención de enfermería especializada de forma prolongada y servicios de rehabilitación regulares las 24 horas del día.

Especialista: Un médico que está capacitado y ejerce en un área especial de la medicina, como la cardiología (cardiólogo) o la oftalmología (oftalmólogo).

Audiencia imparcial del estado: Una forma en que puede presentar su caso ante un juez de derecho administrativo si no está satisfecho con una decisión que nuestro plan de salud tomó y que limitó o detuvo sus servicios después de su apelación.

Programa State Medicaid: Un programa conjunto federal y estatal. Ayuda a pagar los gastos de atención médica de las personas de bajos recursos.

Consumo de sustancias: Un problema médico que incluye el uso o la dependencia del alcohol y/o las drogas legales o ilegales de forma incorrecta.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): Un programa que ayuda a niños, adultos y ancianos.

Tratamiento: El cuidado que usted recibe de médicos y centros.

Palabras/Frases

TTY: Un número de teléfono para llamar si usted tiene una deficiencia auditiva o del habla.

Cuidado urgente: Cuando requiera atención médica dentro de las 24 horas por una enfermedad o lesión repentina que necesite antes de una visita de rutina a su PCP, pero el problema no le causará un daño grave a su salud. Y no se considera un problema de salud de emergencia. Puede ir a un centro de atención de urgencia en una clínica sin cita previa por una enfermedad o lesión que no ponga en peligro la vida (como la gripe o un esguince de tobillo).

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC): Un programa de nutrición que funciona para mujeres, bebés y niños.

Números de teléfono importantes

WellCare of Kentucky	
Servicio de Atención al Cliente	**1-877-389-9457** de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del este.
TTY	**711**
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	**1-800-919-8807**
Servicio de Atención al Cliente de salud conductual	**1-855-620-1861**
Línea directa para crisis de salud conductual las 24 horas	**1-855-661-6973**
Cuidado de la vista	**1-855-776-9466**
Cuidado dental	**1-855-806-5641**
Informe de fraude, dispendio y abuso a WellCare of Kentucky – línea directa para informe de fraudes las 24 horas del día	**1-866-685-8664**

Números de teléfono importantes

Estado de Kentucky	
Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) de Kentucky:	**1-855-306-8959** Fax: **1-502-573-2007**
Kynect	En línea en **www.kynect.ky.gov** **1-855-306-8959**
Transporte que no es de emergencia de Medicaid del estado de Kentucky	**1-888-941-7433**
Servicio al Cliente del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) del estado de Kentucky	**1-800-635-2570** Para TTY, llame al **711** para hablar con el Servicio de Retransmisión de KY
Para denunciar abuso de niños y adultos	**1-877-KYSAFE1** **1-877-5972331** **https://chfs.ky.gov/Pages/contact.aspx**
Línea Directa Nacional de Violencia Doméstica	**1-800-799-SAFE (7233)**
Administración del Seguro Social (SSA)	**1-800-772-1213**
Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid	**1-800-372-2973** **TTY 1-800-627-4702**
Oficina del Procurador General de Kentucky de Fraude y Abuso de Medicaid	**https://ag.ky.gov/about/Office-Divisions/OMFA/Pages/default.aspx**
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Fraude y Abuso	**1-800-372-2970**
Plan de Seguro de Salud de Kentucky Children (KCHIP)	**1-877-KCHIP-18 (1-877-524-4718)** **TTY/TDD: 1-877-KCHIP-19 (1-877-524-4719)** **Intérprete hispano: 1-800-662-5397** **https://kidshealth.ky.gov/pages/contactinfo.aspx**

Su Guía de referencia rápida

Quiero:	Puedo comunicarme con:
Encontrar un médico, especialista o servicio de cuidado de la salud	Mi proveedor de cuidado primario (PCP). Si necesita ayuda para elegir su PCP, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este.
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este.
Llevar un mejor seguimiento de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o mi plan de salud.
Obtener ayuda para ir y volver de mis citas con el médico	Servicio de Atención al Cliente de su plan de salud. También puede encontrar más información sobre los servicios de transporte en este manual.
Obtener ayuda para lidiar con mi estrés o ansiedad	Llame al **911** si está en peligro o necesita atención médica inmediata. Línea para crisis de salud conductual en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana. **1-855-661-6973**.
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, mis síntomas o mis medicamentos	La línea de asesoramiento de enfermería, en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana, o hable con su PCP. Línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas al **1-800-919-8807**.

Guía de referencia rápida

Quiero:	Puedo comunicarme con:
• Entender una carta o un aviso que recibí por correo de mi plan de salud • Presentar una queja sobre mi plan de salud • Obtener ayuda con un cambio reciente o la denegación de mis servicios de atención médica	Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este, o el Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid al teléfono gratuito **1-800-372-2973**. También puede encontrar más información sobre el Programa del Ombudsman en este manual.
Actualizar mi dirección	• Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o visite una oficina local • O actualice sus datos en línea en Kynect en **www.kynect.ky.gov** • Llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213** o visite una oficina local
Encontrar el directorio de proveedores de mi plan de salud u otra información general sobre mi plan	Plan de salud **www.wellcare.com/Kentucky**

Renueve su cobertura

Para conservar todos los beneficios que usted tiene con WellCare of Kentucky, deberá recertificarse en Medicaid todos los años. Puede hacerlo mediante renovación pasiva o activa. Para obtener más información, consulte la sección *Recuerde renovar su elegibilidad* de este manual.

Revise su correo

Cuando le corresponda la renovación, el Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) de Kentucky le enviará una "Notificación de entrevista de renovación" o una carta de solicitud para que obtenga más información.

Lo que necesita hacer para mantener su cobertura

- Llamar al DCBS al **1-855-306-8959**. O pasar por la oficina para realizar una entrevista.
- También puede:
  - Ingresar a Kynect en **www.kynect.ky.gov**. Puede usar Kynect para verificar si puede ser elegible para recibir beneficios en caso de que:
    - ◇ No esté seguro si califica para los beneficios.
    - ◇ Sea nuevo en el programa de asistencia pública de Kentucky.
    - ◇ Nunca haya recibido beneficios antes. Simplemente, seleccione los beneficios que le gustaría consultar si califica y responda preguntas sobre usted y su hogar.
  - También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente del DMS al **1-855-446-1245** o **1-800-635-2570**
  - O a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213**
  - Enviar por correo o fax una solicitud impresa a:

    DCBS Family Support
    P.O. Box 2104
    Frankfort, KY 40602
    Fax: 1-502-573-2007

Una vez que haya terminado la entrevista, le entregarán una solicitud impresa. Deberá firmarla y enviarla por correo al DCBS de inmediato. También puede firmar la solicitud electrónicamente o por voz.

Actúe rápido

Cuánto antes tenga lista su documentación, imejor! Si su documentación firmada llegara tarde, es posible que tenga que volver a solicitarla y comenzar el proceso nuevamente.

¡Llámenos si necesita ayuda!

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o si desea obtener ayuda, llame a nuestro equipo de Servicio de Atención al Cliente. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-389-9457** (TTY **711**). De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este.

Cómo comenzar con nosotros

Estos son algunos puntos importantes que debe recordar al comenzar con nosotros.

Su tarjeta de ID del plan de salud

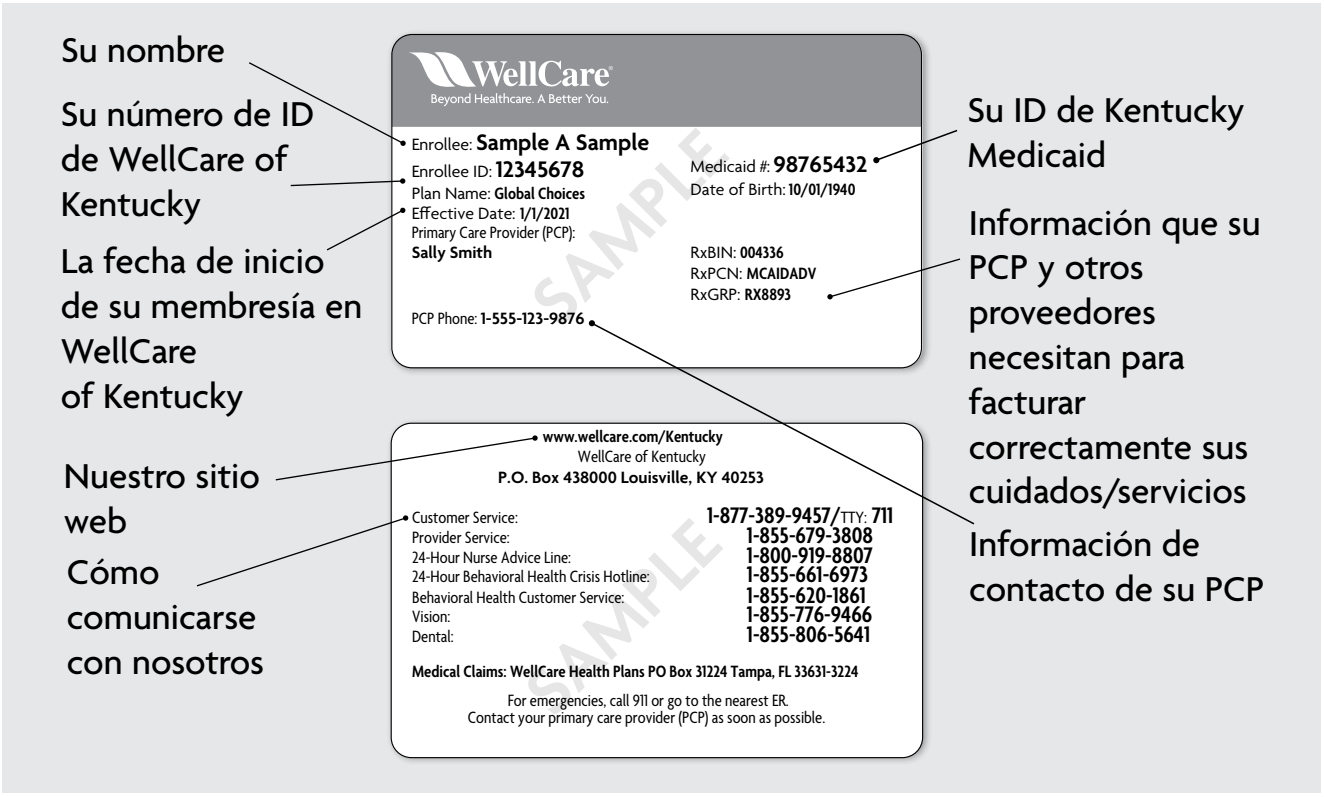
Verifique su tarjeta de ID y llévela consigo en todo momento

Piense en su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky como la clave para obtener sus beneficios de atención médica. Pronto recibirá su tarjeta de ID por correo postal, si aún no la ha recibido. Su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky se le envía por correo después de que le enviemos su paquete de bienvenida y el manual del afiliado dentro de los 5 días posteriores a su inscripción en nuestro plan de salud. Usamos la dirección postal registrada en su Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) local.

Cuando reciba su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky, revísela. Usted quiere estar seguro de que la información que contiene es correcta. En esta, encontrará:

- Nombre
- Número de ID de WellCare of Kentucky
- Número de ID de Medicaid
- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de cuidado primario (PCP)
- Fecha de entrada en vigencia (fecha en que se afilió a nuestro plan)

Y la información sobre cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Si hay algo incorrecto en su tarjeta de identificación, llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**) de inmediato.



Recuerde conservar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky consigo en todo momento. Deberá mostrarla siempre que reciba cuidado.

Su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky contiene información importante sobre su plan de salud. Cuando la muestre, puede evitar que el proveedor le facture.

Recuerde: si usted recibe una carta o un mensaje de voz de un proveedor para solicitarle información sobre su seguro o plan de salud, llámelo de inmediato. Proporciónele la información de afiliado de WellCare of Kentucky indicada en su tarjeta de ID.

Si no recibe su tarjeta de identificación de WellCare of Kentucky, si la pierde o se la roban, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es **1-877-389-9457** (TTY **711**). Le enviaremos otra. También puede ingresar a nuestro sitio web en **www.wellcare.com/Kentucky** para obtener una nueva o acceder a esta o enviársela por correo electrónico mediante la aplicación MyWellCare de su smartphone. Si encuentra su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky después de haber solicitado una nueva, destruya la anterior porque ya no será válida.

Advertencia: No deje que nadie más use su tarjeta. Si lo hace, perderá sus beneficios.

Parte I

Lo primero que debe saber

Conozca a su proveedor de cuidado primario (PCP)

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es su socio en el cuidado de la salud, puede ser un médico, un enfermero practicante, un asistente médico u otro tipo de proveedor que cuide su salud. Esta persona gestionará sus necesidades y le ayudará a obtener derivaciones para servicios especiales si los necesita. Esto incluye:

- Controles regulares
- Vacunas para prevenir enfermedades
- Derivaciones a otros proveedores, como especialistas
- Servicios para tratar el abuso de sustancias y la salud conductual
- Servicios hospitalarios

Cómo recibir cuidado de la salud regular

- "Cuidado de la salud" regular significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerse sano, darle consejos cuando los necesite y derivarlo al hospital o a especialistas cuando sea necesario. Significa que usted y su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajan en conjunto para mantenerlo sano o para ver que usted reciba la atención que necesita.
- De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP siempre que tenga una pregunta o duda médica. Si llama luego del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje y cómo o a dónde se puede comunicar con usted. Su PCP le llamará tan pronto como sea posible. Recuerde, su PCP lo conoce a usted y conoce cómo funciona su plan de salud.
- Su PCP se encargará de la mayor parte de sus necesidades médicas, pero usted debe concertar una cita para ver a su PCP. Si no puede acudir a una cita, llame para hacérselo saber a su PCP.
- **Agendar su primera cita de cuidado de la salud regular.** Tan pronto como usted elija o se le asigne un PCP, animamos a todos nuestros nuevos afiliados a llamar y concertar una cita con su PCP dentro de los primeros 90 días (tres meses) de convertirse en un nuevo afiliado, incluso si no está enfermo. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y a sus necesidades de atención médica y crear un plan de cuidado para usted. Su PCP necesitará saber tanto como sea posible sobre su historia clínica, así que asegúrese de obtener su historia clínica de los médicos que haya visto en el pasado. Haga una lista de sus antecedentes médicos, todo problema que tenga ahora y las preguntas que quiera

hacerle a su PCP. Lleve consigo los medicamentos y suplementos que esté tomando. Esto será muy útil para su PCP. Si necesita ayuda para concertar su primera visita con el PCP u obtener sus registros, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Nos complacerá ayudarlo.

- **Si necesita recibir cuidado antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle su duda. Su PCP le dará una cita antes. Debe de todas maneras conservar su primera cita para analizar sus antecedentes médicos y hacer las preguntas.

Los PCP de nuestra red están capacitados en especialidades como:

- Medicina familiar e interna
- Medicina general
- Medicina geriátrica
- Pediatría
- Obstetricia/ginecología
- Enfermería de práctica avanzada (APRN)

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

Cuando se inscriba, podrá elegir a su propio PCP. Para cambiar a su PCP, llame al Servicio de Atención al Cliente. Si no elige a un PCP, elegiremos uno para usted. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación. Consulte "Cómo cambiar a su PCP" para saber cómo puede cambiar a su PCP.

Si no eligió un PCP antes de unirse a nuestro plan, nosotros le elegiremos uno. Tomamos esta decisión sobre la base de lo siguiente:

- Dónde puede haber recibido cuidado o servicios anteriormente
- Dónde vive
- Su preferencia de idioma (como inglés o español)
- Si el PCP está aceptando nuevos pacientes

Tenga en cuenta que es posible que algunos proveedores no presten algunos servicios por razones religiosas o morales.

- Al elegir a su nuevo PCP, es posible que desee encontrar un PCP que:
  - Usted haya visto antes
  - Comprenda cuáles son sus problemas de salud
  - Acepte pacientes nuevos
  - Pueda hablar en su idioma
  - Tenga un consultorio de fácil acceso

Recuerde:

- Nuestros proveedores tienen en cuenta las necesidades de muchas culturas
- Tenemos proveedores que hablan su idioma y comprenden sus tradiciones y costumbres
- Podemos informarle sobre los estudios académicos, residencia y calificaciones de un proveedor

- Puede elegir al mismo PCP para toda su familia o uno diferente para cada miembro de la familia afiliado en **WellCare of Kentucky** (según las necesidades de cada miembro de la familia) Un pediatra trata a los niños. Los médicos de práctica familiar tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a los adultos. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**) para obtener ayuda para elegir a un PCP que sea adecuado para usted y su familia.
- Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros socios de WellCare of Kentucky en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web para ver el directorio de proveedores en línea. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener una copia del directorio del proveedor.
- Las mujeres pueden elegir un especialista en salud femenina (ginecólogo/obstetra) como PCP para la atención preventiva y de rutina.
- Las mujeres no necesitan una derivación del PCP para ver a un médico ginecólogo/obstetra del plan o a otro proveedor que ofrezca servicios de atención médica a las mujeres.
- Las mujeres pueden hacerse controles de rutina, cuidados de seguimiento si es necesario y cuidados regulares durante el embarazo.
- Si tiene una afección de salud o necesidad especial de salud, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP, si:
  - Usted tiene una enfermedad crónica y una larga relación con el especialista que lo trata

  Y

  - Su especialista y nuestro director médico acuerdan por escrito que esto le ayudará

Si rechazamos su solicitud para que un especialista sea su PCP, usted puede presentar una apelación. Consulte la sección *Apelaciones* para aprender cómo presentar una apelación.

- Si su proveedor deja nuestra red de proveedores, le informaremos dentro de los 15 días desde que nosotros recibamos tal información. Si el proveedor que se va es su PCP, le ayudaremos a elegir otro PCP.

Cómo cambiar su PCP

- Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su proveedor de cuidado primario (PCP) en su tarjeta de ID. Puede cambiar a su PCP asignado en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba su tarjeta de ID. Solo llame a Servicio de Atención al Cliente. Después de eso, puede cambiar a su PCP hasta una vez al año sin dar un motivo para el cambio.
- Si desea cambiar de PCP más de una vez al año, puede hacerlo en cualquier momento si tiene una buena razón (una buena causa). Por ejemplo, puede ser una buena causa si:
  - No está de acuerdo con su plan de tratamiento
  - Su PCP se muda a un lugar diferente que no le queda cómodo
  - Tiene problemas para comunicarse con su PCP debido a una barrera idiomática u otro problema de comunicación
  - Su PCP no puede satisfacer sus necesidades especiales

Tenemos algunas maneras para que usted busque su PCP y otros proveedores.

1. Herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor):
   - Es una herramienta de nuestro sitio web **www.wellcare.com/Kentucky/Find-a-Provider**
   - Puede buscar un proveedor por ubicación, por nombre, por especialidad o por palabra clave
   - Es la mejor manera de obtener la información más actualizada de nuestra red de proveedores

2. Nuestro Directorio de Proveedores impreso:
   - Si lo desea, puede enviarnos una copia por correo electrónico sin costo alguno en **www.wellcare.com/Kentucky**
   - Enumera a los proveedores por condado y especialidad

3. Llámenos:
    - Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor e incluso concertar su primera cita por teléfono

Para cambiar su PCP, llámenos. Llame sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Además, puede solicitar el cambio a través de nuestro sitio web. Los cambios de PCP efectuados entre el 1 y el 10 del mes entrarán en vigencia de inmediato. Los cambios realizados después del 10 del mes entrarán en vigencia el 1 del mes siguiente.

Le enviaremos una nueva tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con la información de su nuevo PCP.

Es posible que no tenga que seleccionar un PCP si:

- Tiene doble elegibilidad (elegible para Medicare y Medicaid)
- Está embarazada o si un hospital para pacientes internados determina que usted cumple con los estándares de ingreso
- Su hijo es discapacitado
- Usted cuida a un niño que está bajo la custodia del estado

Un PCP puede optar por no atenderlo si considera que no puede satisfacer sus necesidades de atención médica.

Si esto sucede, usted puede elegir a un nuevo PCP o nosotros le asignaremos uno. Llame sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**) para solicitar ayuda.

Envíenos su cuestionario para afiliados nuevos

Debió haber recibido un cuestionario para afiliados nuevos con este manual o por separado. (Si no lo recibió o hay más de un afiliado en el hogar, llámenos y le enviaremos algunos). Debe completarlo en su totalidad y devolvérnoslo. Sus respuestas pueden ayudarnos a estar seguros de que usted recibe el cuidado correcto.

Entonces ya sabe:

- Mantendremos esta información en privado
- No cancelaremos su inscripción en nuestro plan debido a sus respuestas

Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Contamos con enfermeros para atender su llamada en cualquier momento, cualquier día de la semana, sin costo alguno para usted. Llame a un enfermero cuando no esté seguro de cómo manejar un problema de salud. Uno de nuestros enfermeros le ayudará a decidir qué tipo de atención necesita.

Número sin cargo de la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas:
1-800-919-8807 (TTY: 711)

Puede obtener ayuda con problemas como:

- Dolor de espalda
- Un corte o una quemadura
- Tos, resfrío o gripe
- Mareos y malestar estomacal
- Un bebé que llora

Cuando llame, un enfermero le hará algunas preguntas acerca de su problema. Proporciónele la mayor cantidad de datos posible. Describa dónde le duele o cómo se siente. El enfermero puede ayudarlo a decidir si usted:

- Puede cuidarse por sí solo en su hogar
- Requiere ver a un médico o ir a un centro de cuidado urgente o al hospital

Recuerde, siempre habrá un enfermero para ayudarlo. Considere llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería antes de llamar a su médico o ir al hospital. No obstante, si considera que es una verdadera emergencia médica, llame al **911** primero o vaya a la sala de emergencias más cercana.

En caso de una emergencia...

Llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Trataremos en mayor detalle el tema de las *emergencias* más adelante en este manual.

Para una emergencia de salud conductual:

- Llame a nuestra línea para crisis de salud conductual las 24 horas al **1-855-661-6973**
- Llame al **911**
- Diríjase a la sala de emergencias más cercana

Nuestro sitio web

Tal vez pueda encontrar respuestas a sus preguntas en nuestro sitio web. Visite **www.wellcare.com/Kentucky** para obtener más información sobre:

- Su manual
- La búsqueda de un proveedor con la herramienta de búsqueda *Find a Provider* (Encontrar un proveedor)
- Sus derechos y obligaciones como afiliado
- Boletines informativos

En nuestro sitio web usted también puede:

Nuestro sitio web:
www.wellcare.com/Kentucky

- Encontrar un medicamento con el uso de nuestra herramienta *Drug Search* (Buscar un medicamento)
- Cambiar su dirección, su número de teléfono y su PCP
- Solicitar sus artículos de venta libre (OTC) (para obtener más detalles, remítase a la tabla de *Programas y beneficios adicionales de Wellcare of Kentucky* en este manual)
- Solicitar sus materiales para afiliados, como su tarjeta de ID, el manual y el Directorio de Proveedores
- Acceder a su programa Healthy Rewards
- Encuentre enlaces que le ayudarán a aprender sobre las afecciones médicas conductuales

Recuerde también cambiar su dirección y número de teléfono con la agencia estatal apropiada:

- Llame al DCBS sin cargo al **1-855-306-8959**
- Llame a la Administración del Seguro Social (SSA) sin cargo al **1-800-772-1213**

Conozca sus derechos y responsabilidades

Como afiliado de nuestro plan, tiene derechos y responsabilidades. Consulte las secciones *Sus derechos como afiliado* y también *Sus obligaciones como afiliado* en este manual para obtener más información.

Elegibilidad e inscripción en WellCare of Kentucky

Un afiliado inscrito en WellCare of Kentucky también tiene beneficios adicionales. Puede obtener más información más adelante en este manual. Consulte la sección *Servicios cubiertos por WellCare of* Kentucky.

ASEGÚRESE DE QUE TENGAMOS SU DIRECCIÓN CORRECTA

Todos los Afiliados de Medicaid **deben tener una dirección válida en los archivos del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. Esto ayuda a asegurar que puedan mantener su cobertura de salud**. Actualice su dirección con la agencia estatal correcta si se ha mudado o no ha actualizado su dirección con el estado. Usted o su representante autorizado deben realizar las actualizaciones de dirección. Se trata de alguien que elige para actuar en su nombre, como un miembro de la familia u otra persona de confianza.

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o visite una oficina local
- O actualice sus datos en línea en Kynect en **www.kynect.ky.gov**
- Llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213** o visite una oficina local

También es importante para nosotros, para el DCBS y la SSA que sepamos si se produce un cambio significativo en su vida. Por ejemplo, si usted:

- Se muda a un nuevo hogar
- Cambia la composición de su familia, por ejemplo, se casa o divorcia, tiene un bebé o adopta un niño, o sufre la muerte de su cónyuge o hijo
- Consigue un nuevo empleo o cambia su ingreso
- Recibe seguro médico de otra compañía
- Queda embarazada

Para actualizar cambios significativos:

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o visite una oficina local
- O actualice sus datos en línea con Kynect en **www.kynect.ky.gov**
- Llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213** o visite una oficina local

Su plan de salud

Principios básicos de la atención

Usted recibirá cuidado de médicos, hospitales y otros profesionales que forman parte de nuestra red de proveedores. Esto incluye especialistas. WellCare of Kentucky o un proveedor de la red deben aprobar su cuidado. Si usted recibe un servicio que no aprobamos, posiblemente deba pagarlo.

Aprobamos el cuidado que es médicamente necesario o clínicamente apropiado.

Médicamente necesario

Aprobamos el cuidado que es médicamente requerido o necesario. Esto significa que el cuidado, los servicios o los suministros le otorgan el tratamiento que usted necesita. El cuidado, los servicios o los suministros deben:

- Ser adecuados para su afección médica
- Ser aceptados por la mayoría de los médicos
- No ser por conveniencia
- Ser en la cantidad correcta, en el lugar y momento correcto
- Ser seguros para usted

Clínicamente apropiados

Aprobamos el cuidado que es clínicamente correcto o apropiado. Simplemente, significa que los servicios o suministros que usted recibe son estándar. Los criterios son establecidos por las pautas nacionales, como InterQual®.

Cómo concertar y conseguir sus citas médicas

Tenemos pautas para asegurarnos de que usted consiga sus citas médicas en forma puntual. (Esto también se llama "acceso al cuidado").

Esta tabla le dará una idea de cuánto puede tardar en conseguir un proveedor.

	Todas las regiones	
Tipo de proveedor	**Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona URBANA en el margen de:**	**Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona que no es URBANA en el margen de:**
PCP	30 minutos o 30 millas	35 minutos o 35 millas
Hospitales	30 minutos o 30 millas	
Proveedores de salud conductual	50 minutos o 50 millas	
Farmacias	30 minutos o 30 millas	
Proveedores de servicios para la vista, laboratorio o radiología	50 minutos o 50 millas	
Proveedores de servicios dentales	50 minutos o 50 millas	

Los médicos de nuestra red están obligados a ofrecerle el mismo horario de atención que a los pacientes con otro seguro.

Es importante que visite a un médico en un plazo razonable. La cantidad de tiempo que debe esperar para una cita depende del tipo de cuidado que necesite.

Cuando llame para una cita, utilice esta Guía de citas, en la que se muestran los horarios de cada tipo de cuidado y cuánto tiempo tiene que esperar para que lo atiendan. Tenga en cuenta estos plazos al concertar sus citas.

Guía de citas		
Tipo de cita	**Tipo de cuidado**	**Hora de la cita**
Asistencia médica	Cuidado de emergencia o urgente solicitado después del horario normal de atención	De inmediato (dentro y fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año (no se exige autorización previa para servicios de emergencia)
	Servicios de cuidado de urgencia (cuidado de problemas como esguinces, síntomas de gripe o cortes y heridas menores)	Dentro de las 48 horas (2 días) desde su solicitud
	PCP por enfermedad pediátrica	Dentro de las 24 horas (1 día) de su solicitud
	Consultas de rutina/ bienestar al PCP	Dentro de los 30 días de su solicitud
	Consulta a un especialista	Dentro de los 30 días de su solicitud
	Atención de seguimiento después de internación en el hospital	Según sea necesario
Cuidado dental	Urgente	Dentro de las 48 horas (2 días)
	Consulta de rutina	Dentro de los 30 días de su solicitud
Salud conductual y abuso de sustancias	Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección que ponga en riesgo la vida)	De inmediato (dentro y fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año (no se exige autorización previa para servicios de emergencia)
	Servicios de cuidado urgente	Dentro de las 48 horas (2 días) desde su solicitud
	Servicios de rutina	Dentro de los 30 días de su solicitud

Cómo obtener atención de especialidades y derivaciones

- Cuando necesite cuidado regular, llame a su PCP. Lo enviará a ver a un especialista para los servicios cubiertos que él no ofrece. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Hable con su PCP para asegurarse de que usted comprende cómo funcionan las derivaciones. Si su PCP no brinda un servicio aprobado, pregúntele cómo puede recibirlo.
- Usted puede consultar a cualquier médico de nuestra red, sin una remisión. Esto incluye especialistas. Sin embargo, algunos médicos pueden solicitarle la remisión de su PCP. Seguiremos cubriendo los servicios médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de la red sin una remisión. Usted puede ser remitido a otro proveedor si:
  - Su PCP no proporciona el cuidado o servicio que usted necesita
  - Usted necesita ver a un especialista
- Si usted cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si necesita ver a un especialista diferente.
- Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe pedirnos que aprobemos antes de pagar para que usted los reciba. Su PCP podrá decirle cuáles son o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente si tiene preguntas.
- Si tiene problemas para obtener una derivación que cree que necesita, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.
- Si no contamos con un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado que necesita, lo derivaremos a un especialista fuera de nuestro plan. A esto se le llama una derivación fuera de la red. Su PCP u otro proveedor de la red debe solicitar la aprobación antes de que paguemos para que usted visite a un proveedor fuera de la red.
- A veces, es posible que no aprobemos una derivación fuera de la red porque tenemos un proveedor en nuestra red que puede tratarlo. Si no está de acuerdo con la decisión de WellCare of Kentucky, puede ***apelar*** nuestra decisión. Consulte la página 128 para averiguar cómo.
- En ocasiones, podemos no aprobar una derivación fuera de la red para un tratamiento específico porque nos solicitó atención que no es muy diferente de la que usted recibe de nuestro proveedor. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una ***apelación***. Consulte la página 128 para averiguar cómo.

Proveedores fuera de la red

Si no contamos con un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle el cuidado que necesita, le conseguiremos el cuidado que necesita de un especialista fuera de nuestro plan o de un **proveedor fuera de la red**. Para obtener ayuda y más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Servicios sin una derivación

Usted puede obtener derivaciones para pruebas, tratamientos u otros servicios. Las derivaciones para ciertos cuidados o servicios no requieren nuestra aprobación. Estos incluyen:

- Servicios de cuidado de la vista
- Servicios de cuidados dentales
- Planificación familiar
- Cuidado de maternidad
- Cuidado de la salud para mujeres
- Servicios de Exámenes para Niños y del Departamento de Salud Local
- Detección, evaluación y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de VIH, condiciones relacionadas con el VIH y otras enfermedades transmisibles
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de salud conductual
- Pruebas diagnósticas de rutina
- Pruebas de laboratorio
- Servicios de radiología básicos
- Ciertos cuidados de rutina proporcionados en un consultorio médico (no en un hospital)

Derivaciones para servicios no cubiertos por WellCare of Kentucky

Si necesita servicios que están fuera del alcance de los servicios brindados bajo atención administrada, WellCare of Kentucky puede ayudarle a derivarlo a un proveedor inscrito en el programa de pago por servicio de Medicaid.

Cuidado fuera del horario de atención

¿Qué sucede si se enferma o se lesiona cuando el consultorio de su PCP está cerrado? Si no es una emergencia, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1-800-919-8807**. O puede llamar a su PCP. El número está en su tarjeta de ID.

El consultorio de su PCP tendrá un médico de guardia. Un médico de guardia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Dicho médico le devolverá la llamada y le indicará qué hacer. Si no puede llegar al consultorio de su PCP, puede ir a un centro de cuidado urgente. (Usted no necesita autorización previa para ir a un centro de cuidado urgente).

Si decide ir, asegúrese de llamar al consultorio de su PCP al día siguiente para la atención de seguimiento.

Cuidado de emergencia

Siempre tiene cobertura por emergencias. Una afección médica de emergencia es una situación en la que su vida podría estar en peligro o usted podría resultar herido de manera permanente si no recibe cuidado de inmediato. La situación es una emergencia cuando la afección puede causar:

- Lesión corporal
- Daño a un órgano u otra parte del cuerpo
- Lesiones a usted u otras personas
- Daño serio a usted u otras personas debido al abuso de alcohol o de drogas o cuestiones de la salud conductual
- Daños serios a su salud

Si está embarazada, puede ser una emergencia si cree:

- Que no hay tiempo para ir al hospital regular de su médico
- Dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Que ha comenzado el trabajo de parto

Estos son algunos ejemplos de emergencia:

- Una fractura o una herida que requiere puntos
- Ataque cardíaco o dolor de pecho intenso
- Dificultad respiratoria grave, convulsiones
- Envenenamiento
- Sangrado que no se detiene o una quemadura grave
- Pérdida de conciencia
- Cuando siente que usted u otras personas podrían resultar lastimadas
- Sobredosis de drogas

En una emergencia, usted puede:

- Llamar al **911**
- Llamar a una ambulancia si el servicio de **911** no se encuentra disponible en su área
- Dirigirse de inmediato a la sala de emergencias (ER) del hospital más cercano.

No necesita la aprobación de su plan ni de su PCP antes de recibir cuidado de emergencia en un centro de atención de urgencia o en una sala de emergencias. No está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

Llame a su PCP o a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería de 24 horas al 1-800-919-8807 si no está seguro de que se trate de una emergencia.

- Informe a la persona con la que hable lo que le está sucediendo. Puede:
  - indicarle qué hacer en casa;
  - indicarle que se dirija al consultorio de su PCP;
  - indicarle que vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia:
  - Diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Use el departamento de emergencias solamente si tiene una emergencia.

Cuando llegue a la ER muestre su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky. También, solicite al personal que nos llame. El proveedor de la ER decidirá si su visita es realmente una emergencia. Si su afección no es una emergencia, puede optar por quedarse, Consulte *Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky.*

Algunos ejemplos de situaciones que **no son de emergencia** son los resfriados, el malestar estomacal o los cortes y moretones menores.

Cuidado de emergencia fuera del área

Es importante recibir cuidado cuando usted está enfermo o herido. Esto también aplica para cuando usted viaja. Si tiene una emergencia médica mientras viaja, diríjase al hospital más cercano. No importa si usted no se encuentra en Kentucky.

Cuando llegue al hospital, recuerde:

1. Mostar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky
2. Pedir al personal que nos llame para obtener instrucciones sobre cómo presentar su reclamación
3. Hacer saber a su PCP lo que sucedió

Los servicios médicos para adultos y niños no están cubiertos en un país extranjero.
Usted mismo deberá pagar estos servicios.

Si tiene que pagar esta consulta, avísenos. Le diremos cómo podrá pedir el reembolso de esta. Si un proveedor le envía una factura, consérvela. Es muy importante que tenga copias de sus registros médicos, facturas y comprobantes de pago. Los necesitaremos para hacerle el reembolso. Si tiene preguntas, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Cuidado urgente

Es posible que necesite cuidado urgente por una lesión o enfermedad que no es de emergencia, pero que aún necesita atención y cuidados rápidos en un plazo de 48 horas. Esto es distinto de las visitas médicas de rutina. Podría tratarse de:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en la mitad de la noche y no deja de llorar.

- Una gripe o si necesita puntos.
- Un esguince de tobillo o una férula que no se puede sacar

Si usted tiene uno de estos problemas, trate de llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1-800-919-8807**. Uno de nuestros enfermeros tratará de ayudarlo por teléfono. O puede llamar a su PCP en cualquier momento, de día o de noche, quien le indicará cómo tratar su problema. Nuestra línea de asesoramiento de enfermería o su PCP pueden indicarle que se dirija a un centro de cuidado urgente para recibir ayuda. No necesita nuestra aprobación antes de ir a un centro de cuidado urgente.

Cuando llegue al centro, muestre su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky. También, solicite al personal que nos llame. Si usted recibe cuidado de un centro de cuidado urgente, asegúrese de informárselo a su PCP para que le pueda proporcionar atención de seguimiento.

Recuerde que también puede acudir a un centro de cuidado urgente cuando viaje fuera de Kentucky. Si decide ir, asegúrese de llamar al consultorio de su PCP al día siguiente para el cuidado de seguimiento.

Cuidado fuera de Kentucky

Cada condado en Kentucky pertenece a una región de servicio. Atendemos en todas las regiones de Kentucky. Estas regiones constituyen nuestra área de servicio.

Como afiliado de nuestro plan, usted debe recibir cuidado dentro de la red de proveedores de WellCare of Kentucky. En algunos casos, podemos pagar los servicios de atención médica que obtiene de un proveedor ubicado en la frontera de Kentucky o en otro estado. Si recibe cuidado fuera de la red de proveedores aprobados sin autorización previa, usted será responsable de los cargos. Su PCP y nosotros podemos darle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Kentucky y cómo puede obtenerlos si los necesita. La única excepción es para una emergencia. En una emergencia, **no** es necesario que usted esté en nuestra área de servicio para recibir cuidado. Llame al **911** o diríjase al hospital más cercano.

- Si necesita atención médica de emergencia mientras viaja a cualquier lugar dentro de Estados Unidos, le pagaremos su atención.
- No pagaremos el cuidado recibido fuera de Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir cuidado fuera de Kentucky o de Estados Unidos, hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Parte II
Sus beneficios

El resto de este manual es para su información cuando la necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene problemas, el manual le dice qué hacer. El manual tiene otra información que puede serle útil. Téngalo a mano para cuando lo necesite.

Beneficios

La Atención Administrada de Kentucky Medicaid proporciona beneficios o servicios de atención médica cubiertos por su plan de salud. Sus beneficios para la salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Proveeremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que necesite. Por ejemplo, podemos brindarle ayuda si:

- Necesita un examen físico o vacunas
- Tiene una afección médica (como diabetes, cáncer, problemas cardíacos)
- Está embarazada
- Se enferma o lesiona
- Presenta un trastorno por abuso de sustancias o tiene necesidades de salud del comportamiento
- Necesita ayuda con tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida diaria
- Necesita ayuda para llegar al consultorio médico
- Necesita medicamentos

En la siguiente sección, se describen los servicios específicos que cubre Medicaid. Pregunte a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o llame al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Hay un límite de pago por el cuidado cada año. Este límite se llama gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés). Su MOOP es:

- Menos del 5% de los ingresos de su familia cada trimestre (cada tres meses)

Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky

Estos son algunos de los temas importantes que usted debe recordar al recibir su cuidado:

- Debe obtener los servicios que se indican a continuación de los proveedores que forman parte de WellCare of Kentucky o de un proveedor de la red y ellos deben aprobar su cuidado.

- Si usted recibe un servicio que no aprobamos, posiblemente deba pagarlo.
- Es posible que algunas veces no tengamos un proveedor en nuestra red que pueda brindarle la atención requerida. Si esto sucede, cubriremos la atención fuera de la red. No habría ningún costo adicional para usted, pero tendrá que obtener nuestra aprobación primero.
- Con la aprobación, nos aseguraremos de que el costo para usted no sea mayor a lo que sería si los servicios se prestaran dentro de nuestra red.
- Consulte la sección *Entender las remisiones y autorizaciones previas* para obtener más información.
- Todos los beneficios proporcionados deben ser médicamente necesarios.

Hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquier servicio de salud.

Cuidado de la salud regular

- Visitas al consultorio de su PCP, incluidos controles regulares, análisis de laboratorio y pruebas de rutina
- Derivaciones a especialistas
- Exámenes de audición/visión
- Cuidado preventivo del bebé sano
- Cuidado preventivo del niño sano
- Inmunizaciones (vacunas) para niños y adultos
- Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) para los afiliados menores de 21 años (consulte la página 81 para más información sobre los *servicios de EPSDT*)
- Ayuda para dejar de fumar o consumir rapé

Cuidado de maternidad

- Cuidado durante el embarazo
- Clases de educación sobre el parto
- Ginecología y obstetricia y servicios hospitalarios
- Una consulta domiciliaria posparto médicamente necesaria para el cuidado del recién nacido y la evaluación después del alta

- Servicios de gestión del cuidado de embarazos de alto riesgo durante el embarazo y los dos meses posteriores al parto
- Cuidado hospitalario
- Cuidado para pacientes internados
- Cuidado para pacientes ambulatorios
- Laboratorio, radiografías y otras pruebas

Servicios de atención médica a domicilio

- Debe ser médicamente necesario y su médico debe solicitarlo
- Servicios de enfermería especializada por tiempo limitado
- Tratamientos especializados, que incluyen fisioterapia, patología del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional
- Servicios de ayuda sanitaria en el hogar (ayuda para actividades como bañarse, vestirse, preparar comidas y realizar tareas domésticas)
- Suministros médicos

Servicios de cuidado personal/enfermería de servicio privado

- Debe ser médicamente necesario y su médico debe solicitarlo
- Ayuda con las actividades diarias comunes, como comer, vestirse y bañarse, para personas con discapacidades y condiciones de salud continuas.

Cuidados de atención para pacientes terminales o cuidados paliativos

- Los cuidados paliativos ayudan a los pacientes y a sus familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de la enfermedad.
- Proporcionan cuidados médicos, de apoyo y paliativos a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.
- Puede obtener estos servicios en su casa, en un hospital o en un hogar de ancianos.

Cuidado de la visión

- Servicios prestados por oftalmólogos y optometristas, incluidos exámenes oculares de rutina y lentes médicamente necesarios.
- Derivaciones a especialistas para enfermedades oculares

Farmacia

- Medicamentos con receta
- Algunos medicamentos que se venden sin receta (también llamados "de venta libre"), como los medicamentos para la alergia
- Insulina y otros suministros para diabéticos (como jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para inyectores)
- Productos para dejar de fumar, incluidos los de venta libre
- Fórmula enteral
- Métodos anticonceptivos
- Suministros médicos y quirúrgicos

Servicios de cuidado de emergencia

- Los servicios de cuidado de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Luego de que haya recibido servicios de atención de emergencia, puede necesitar recibir otros servicios para asegurarse de que tiene una condición estable.
- Según la necesidad, puede ser tratado en una sala de emergencias, en una sala de un hospital o en otro entorno.

Cuidado de especialidades

- Servicios de cuidados respiratorios
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de cuidados cardíacos
- Servicios quirúrgicos

Servicios en hogar de ancianos

- Debe solicitarlo un médico y autorizarlo WellCare
- Incluye estadías a corto plazo o de rehabilitación.
- Debe recibir esta atención en un hogar de ancianos que esté en la red de proveedores de su Plan de Salud.

Servicios de salud conductual y trastorno por abuso de sustancias

El cuidado de la salud conductual incluye la salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y los servicios de rehabilitación. Todos los afiliados tienen acceso a servicios para ayudar con problemas de salud mental como la depresión o la ansiedad, o para ayudar con los trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

- Servicios de salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)
  - Servicios para ayudar a determinar si tiene una necesidad de tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias (servicios de evaluación diagnóstica)
  - Servicios de gestión de crisis móviles o basados en centros
  - Terapia de salud conductual para pacientes ambulatorios (individual, grupal y familiar)
  - Servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados
  - Hospitalización parcial
  - Otros servicios de apoyo como: Apoyo de los compañeros, apoyo integral de la comunidad y gestión de casos específicos
- Servicios por trastorno por abuso de sustancias
  - Tratamiento para pacientes ambulatorios

Para obtener más información sobre la salud conductual, visite la página 97.

Si cree que necesita acceso a servicios de salud conductual más intensivos que WellCare of Kentucky no proporciona, hable con su PCP o llame a Servicio de Atención al Cliente al 1-877-389-9457 (TTY 711).

Servicios de transporte

- **Emergencia:** Si necesita un transporte de emergencia (una ambulancia), llame al **911**.
- **Situaciones que no son de emergencia:** Se ofrece transporte para servicios médicos que no son de emergencia si usted no puede obtener transporte gratis para su servicio cubierto.

Cómo obtener transporte que no es emergencia

Kentucky Medicaid pagará para llevar a algunos afiliados a obtener servicios médicos que cubre Medicaid de Kentucky. Si necesita que lo lleven, debe hablar con el agente de transporte de su condado para programar un viaje.

Cada condado de Kentucky tiene un agente de transporte. Solo puede utilizar el agente de transporte para un viaje si no puede usar su propio automóvil o si no tiene uno. Si no puede utilizar su automóvil, debe obtener una nota para el agente de transporte en la que explique por qué no puede usar su automóvil. Si necesita que lo lleve un agente de transporte y usted o alguien de su familia tiene un automóvil, puede:

- Recibir una nota del médico en la que se explique que no puede conducir
- Si su automóvil no funciona, obtenga una nota del mecánico
- Si su automóvil se utiliza para el trabajo o la escuela de alguien más, obtenga una nota del jefe u oficial escolar
- Si su automóvil está estropeado, obtenga una copia del registro

Kentucky Medicaid no cubre los viajes para recoger las recetas.

Para obtener una lista de los agentes de transporte y su información de contacto, visite **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpo/bpb/Pages/transportation.aspx** o llame a Kentucky Medicaid al **1-800-635-2570**.

Para obtener más información sobre los servicios de transporte, llame al Gabinete de Transporte de Kentucky al **1-888-941-7433**. También puede encontrar esta información en **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpo/bpb/Pages/transportation.aspx**.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del este, y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m., hora del este. Si necesita viajar, debe llamar 72 horas antes del momento en que lo necesite. Si tiene que cancelar una cita, llame a su agente tan pronto como sea posible para cancelar el viaje.

Siempre debe tratar de ir a un centro médico que esté cerca de usted. Si necesita atención médica de alguien fuera de su área de servicio, tiene que recibir una nota de su PCP. La nota tiene que decir por qué es importante para usted viajar fuera de su área. (Su área es su condado y los condados junto a ella).

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o clínica de Medicaid que proporcione cuidado de planificación familiar. Puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier modo, no necesitará una derivación de su PCP. Puede obtener tratamiento anticonceptivo y dispositivos anticonceptivos (DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros) que están disponibles con una receta, y servicios anticonceptivos de emergencia y esterilización. Puede además ver a un proveedor de

planificación familiar para realizarse pruebas del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y de infecciones de transmisión sexual (ITS) y tratamiento y asesoramiento relacionado con los resultados de sus pruebas. Los estudios de cáncer y otras afecciones relacionadas están también incluidos en las visitas de planificación familiar.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos
- Productos y servicios de audífonos
- Telesalud
- Apoyo adicional para controlar su salud
- Terapia de infusión en el hogar
- Servicios de clínica de salud rural (RHC)
- Servicios de Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC)
- Servicios clínicos gratuitos

Si tiene alguna pregunta sobre alguno de los beneficios anteriores, hable con su PCP o llama al Servicio de Atención al Cliente.

Beneficios que ofrece el estado

La mayoría de los servicios de Medicaid serán proporcionados por WellCare of Kentucky. Algunos servicios serán proporcionados por Kentucky Medicaid. Utilizará su tarjeta de ID de Medicaid para estos servicios. Estos servicios son:

- **Primeros Pasos**: un programa que ayuda a los niños con discapacidades del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años y sus familias ofreciendo servicios a través de agencias comunitarias. Llame al **1-877-417-8377** o **1-877-41-STEPS** para obtener más información.
- **HANDS (Servicios de Fomento y Desarrollo del Acceso a la Salud)**: este es un programa voluntario de visitas al hogar para nuevos y futuros padres. Comuníquese con su departamento de salud local para obtener más información y conocer los recursos.
- **Transporte médico que no sea de emergencia**: si no puede encontrar la manera de llegar a su cita de atención médica, tal vez pueda conseguir que una compañía de transporte lo lleve. Llame al **1-888-941-7433** para obtener ayuda o visite **https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpo/bpb/Pages/transportation.aspx** para obtener una lista de los agentes de transporte o empresas y sus medios de contacto.

- **Servicios para niños en edad escolar**: estos servicios son para niños de 3 a 21 años de edad, que son elegibles bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y tienen un Plan de Educación Individual (IEP). Estos servicios incluyen terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y servicios de salud conductual (mental). Llame al **1-502-564-9444** para obtener más información.

Apoyo adicional para controlar su salud

Manejar solo su atención médica puede ser difícil, especialmente si está tratando con muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y mantenerse saludable, podemos ayudarlo. Sabemos que usted puede tener necesidades de cuidado especiales. Para ayudar con esto, puede tener un administrador de cuidados en su equipo de salud, sin costo adicional para usted. Un administrador de cuidados es un profesional de la salud especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba los cuidados adecuados cuando y donde los necesite.

Un administrador de cuidados puede:

- Coordinar sus citas y ayudar a organizar el transporte hacia y. desde el consultorio de su médico
- Ayudarlo en el logro de sus objetivos para manejar mejor sus afecciones de salud en curso
- Responder a las preguntas sobre lo que hacen sus medicamentos y cómo tomarlos
- Realizar un seguimiento con sus médicos o especialistas acerca de su cuidado
- Conectarlo con recursos útiles de su comunidad
- Ayudarlo a seguir recibiendo el cuidado que necesita si cambia de plan de salud o de médico

WellCare of Kentucky también puede ponerlo en contacto con un administrador de cuidados que tiene una formación especial para apoyar a:

- Personas que necesitan acceso a servicios como el cuidado en hogares de ancianos o servicios de cuidado personal para ayudar a manejar las actividades diarias de la vida (como comer o bañarse) y las tareas domésticas
- Mujeres embarazadas con ciertos problemas de salud (como la diabetes) u otras preocupaciones (como querer ayuda para dejar de fumar)
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años que puedan vivir situaciones estresantes o que tengan ciertas afecciones o discapacidades de salud

- Personas que experimentan adicción
- Personas con afecciones de salud mental

Puede calificar para los servicios de administración de cuidados si tiene afecciones de prioridad tales como:

- Asma
- Cáncer
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad coronaria (CAD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Prediabetes, diabetes
- Presión arterial alta
- Obesidad
- Cáncer
- Consumo de tabaco

O tiene otras preocupaciones prioritarias:

- Enfermedades complejas que requieren la coordinación de muchos servicios
- Adultos o niños con necesidades especiales de salud
- Recién nacidos y lactantes con necesidades especiales de atención médica, tales como bajo peso al nacer
- Le hicieron o le harán un trasplante
- Embarazo de alto riesgo
- Enfermedades crónicas
- Necesidades de cuidado de la salud conductual de alto riesgo
- Abuso doméstico
- Abuso de sustancias
- Responsabilidad de una persona en guarda temporal o custodia de adulto

Su administrador de cuidados le ayudará a coordinar sus necesidades de cuidado. Para hacer esto, dicha persona:

- Le hará preguntas para obtener más información sobre su afección
- Le hará preguntas sobre su de su tipo de vivienda, lo que incluye la familia, el hogar y las finanzas, para ayudar a identificar las formas en que pueden ayudarlo
- Trabajará con su PCP a fin de hacer los arreglos para los servicios que usted necesite y ayudarlo a comprender su enfermedad
- Le brindará información para ayudarlo a entender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales

Podemos comunicarnos con usted para hablar sobre la administración de cuidados si:

- Pregunta acerca de la administrador de cuidados
- Su PCP considera que el programa le ayudaría
- Pensamos que usted puede calificar para estos servicios

También tenemos instructores de salud disponibles para ayudarlo a:

- Dejar de fumar
- Controlar el peso

A veces, un miembro del equipo de su proveedor de cuidado primario (PCP) será su administrador de cuidados. Puede optar por no participar en el programa en cualquier momento. A fin de conocer más sobre cómo obtener más ayuda para administrar su salud, hable con su PCP o llame al equipo de administración de cuidados de salud al **1-866-635-7045** (TTY **711**).

Asistencia con problemas no relacionados con la atención médica

Puede ser difícil concentrarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o si le preocupa tener suficientes alimentos para alimentar a su familia. WellCare of Kentucky puede conectarlo con recursos en su comunidad para ayudarlo a manejar problemas no relacionados con su atención médica.

La Línea de Ayuda de Community Connections de WellCare está aquí para usted.

Llame a la Línea de Asesoramiento de WellCare Community Connections 1-866-775-2192 para hablar con un instructor si:

- Le preocupa su vivienda o condiciones de vida.
- Tiene problemas para obtener suficientes alimentos para usted o su familia.

- Le resulta difícil llegar a las citas, trabajo o escuela debido a problemas de transporte.
- Se siente inseguro o está experimentando violencia doméstica. Si siente que corre peligro inminente, llame al **911**.
- Si tiene otro tipo de necesidades tales como:
  - Asistencia financiera (servicios públicos, alquiler)
  - Servicios de cuidado de niños a un precio accesible
  - Asistencia para encontrar empleo o educación
  - Suministros para la familia: pañales, fórmulas, cunas y más

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable

Beneficios adicionales de WellCare of Kentucky

Nos complace ofrecer beneficios y programas adicionales a nuestros afiliados sin cargo adicional. Para obtener más información sobre estos beneficios o si tiene alguna pregunta, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Cuidado de la visión para adultos	Los afiliados de 21 años o más son elegibles para recibir una asignación anual de **$150** para comprar anteojos o lentes de contacto cada 12 meses.
Boy Scouts	• Membresía anual **GRATIS** para afiliados de 5 a 18 años que se unan a los Boy Scouts. Incluye el cargo para el seguro de salud y seguro por accidentes • **$25 para uniformes**
Administración de atención médica y enfermedades	Programas que le ayudan con: • Afecciones de salud especiales • Tratamiento de enfermedades • Obtenga más información sobre estos programas más adelante en este manual
Eliminación de antecedentes penales (solo certificación)	Cubrirá **$40** para la tarifa de certificación asociada con la eliminación de antecedentes penales (según lo permitido por el estatuto).

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Fitbit	Los afiliados deben completar dos (2) actividades de Healthy Rewards para recibir un producto de Fitbit. Parte de nuestro Programa de recompensas saludables, consulte la página 73.
Membresía de Amazon	Amazon Prime Los afiliados que realicen una actividad de recompensa saludable tendrán la opción de seleccionar una membresía de Amazon Prime de 3 meses. La membresía de Amazon Prime brinda acceso al afiliado a: • Videos de ejercicios • Programas de televisión • Películas • Música • Libros digitales y de audio • Productos comestibles • Descuentos en Whole Foods y más Parte de nuestro Programa de recompensas saludables, consulte la página 73.
Beca para universidad o escuela de formación profesional	Los afiliados tienen la oportunidad de ganar una de las 50 becas disponibles de **$1,000** por ganador. Las becas corresponden a los afiliados de 18 años en adelante que han sido aceptados para asistir a un colegio o una universidad.
Weight Watchers	WellCare ofrece un beneficio de membresía de 6 meses para los afiliados de Medicaid. El objetivo de este programa es apoyar estilos de vida saludables y mejorar los resultados de salud. Requisitos: • Los afiliados deben tener 13 años o más (deben ir acompañados de un adulto si son menores de 18 años). • El IMC debe ser mayor o igual que 25 para los adultos de 18 años o más (niños de 13 a 19 años clasificados en un percentil del 85%). • Formulario inicial completado por el médico

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Programa Early Start	Programas que les brindan a usted y a su bebé un comienzo saludable: • Folleto educativo, guías de cuidado y asesoramiento sobre maternidad **GRATIS**, como consejos para ayudarla a mantenerse saludable durante el embarazo. • Asesoramiento sobre salud **GRATIS** las 24 horas, los 7 días de la semana cuando llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería • Una plataforma educativa de texto y web **GRATUITA** creada para usted. Ofrece consejos de salud sobre el embarazo y la salud y el bienestar del bebé.
Examen de aptitud física deportiva gratis	**Examen de aptitud física:** un examen de aptitud física por año, proporcionado por un PCP para niños de 6 a 18 años
Girl Scouts	• Membresía anual **GRATIS** para afiliados de 5 a 18 años que se unan a las Girl Scouts. • **$25 para uniformes**
Programa de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps	• **Pañales**, **corralito, silla para el auto o asiento para el auto GRATUITOS** y tarjetas de regalo a través del Programa de recompensas saludables • Hasta **$50** por asistir a todas las consultas médicas requeridas a través del Programa de recompensas saludables
Programa Healthy Rewards	Gane recompensas por tomar medidas que le ayuden a tener una vida saludable como completar determinados controles de salud como las visitas médicas de rutina de su hijo. Las recompensas incluyen: • Tarjeta de débito Visa® prepagada **GRATUITA** • Tarjetas de regalo para tiendas al por menor seleccionadas • **Pañales, corralito, cochecito o silla para el auto GRATUITOS**

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Línea de Asistencia de Conexiones de la Comunidad de Kentucky (CCHL)	**Línea GRATUITA de Asistencia de Conexiones de la Comunidad de Kentucky (CCHL)** para conectarlo con servicios comunitarios como asistencia con servicios públicos, bancos de alimentos y transporte en su comunidad. Consulte la página 65 para obtener más información sobre cómo obtener *ayuda con problemas que no se relacionen con la atención médica*. • **1-866-775-2192** (TTY: **711**)
Programa de alimentos	**Programa de alimentos** para afiliados dados de alta de un hospital para pacientes internados, salud conductual, un centro de rehabilitación o de enfermería especializada: • Las entregas de comidas deben comenzar dentro de los 14 días del alta • 10 comidas por autorización • Sin límite anual asumiendo que el afiliado es elegible después del alta de una internación
Artículos de venta libre	Cada jefe de hogar es elegible para recibir cada mes artículos de venta libre que se envían directamente a su casa. No se necesita receta. El monto de asignación de OTC se basa en el tamaño de la familia del afiliado de Kentucky. Solo los afiliados del plan de WellCare of Kentucky Medicaid que vivan en la misma casa se contarán como parte de la familia. • 1 miembro en el hogar: **$10** al mes • 2 miembros en el hogar: **$20** al mes • 3 o más miembros en el hogar: **$25** al mes Usted puede elegir entre más de 150 artículos que incluyen pañales, anteojos de lectura, analgésicos, vitaminas, jabón para manos, lociones y demás

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Artículos de venta libre (continuación)	• Los artículos se envían directamente a su casa • Tenemos tres formas fáciles de hacer pedidos ◇ Llámenos sin cargo al 1-877-389-9457 (TTY 711) y hable con algún afiliado de nuestro equipo ◇ Llame a este mismo número y utilice nuestro servicio automatizado ◇ Visite www.wellcare.com/Kentucky e inicie sesión en nuestro Portal para miembros *(para obtener instrucciones sobre cómo acceder al Portal de miembros, vaya a la página 101)*
Teléfono celular de SafeLink	Los afiliados pueden recibir un teléfono celular **GRATIS** a través de SafeLink. El teléfono incluye 350 minutos mensuales, 3 GB de datos y mensajes de texto ilimitados.
Programas de descuento XtraSavings	Los afiliados pueden obtener descuentos con los siguientes programas: • **Programas de descuento CVS™:** Obtenga un ahorro del 20 % en los artículos relacionados con la salud de la marca CVS. Recibirá su tarjeta de descuento de CVS por correo postal. Utilícela para comprar en una tienda CVS o en línea en **CVS.com**. • **Programa OTC4ME:** Obtenga descuentos en más de 500 artículos de venta libre que utiliza todos los días de nuestro proveedor de OTC. Ahorre en vitaminas, pasta dentífrica y mucho más. Disfrute de un 20 % de descuento en su primer pedido. Luego obtenga un 10 % de descuento en cada pedido. El envío es gratis para pedidos de **$25** o más.

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
MÁS beneficios y programas	Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas: • Se encuentra disponible sin cargo para usted. • Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. • El número de teléfono sin cargo es el **1-800-919-8807** (TTY **711**)
	Programa Steps2Success: WellCare of Kentucky desea ayudar a los afiliados a tomar medidas para alcanzar sus metas laborales, financieras y/o educativas con éxito. • **Capacitación:** Clases de formación laboral y de educación financiera **GRATIS**. • **Becas de lectura:** Becas de lecturas **GRATIS** para afiliados calificados desde preescolar hasta quinto grado que quieran mejorar sus habilidades de lectura. • **Examen General Educational Development® (GED®):** Entendemos la importancia de la educación, por lo que ofrecemos este programa. Usted puede presentar el examen GED® **GRATIS** si tiene 16 años de edad o más y no posee un diploma de la escuela secundaria. Visite nuestro sitio web para: – Leer las preguntas frecuentes (FAQ) – Obtener el formulario de inscripción – Encontrar ayuda para prepararse para el examen
	Vacunas GRATIS contra la gripe*
	Planificación familiar* • Consejos para el control de natalidad • Pruebas de embarazo • Esterilización • Aborto médicamente necesario • Exámenes – Infecciones de transmisión sexual – Cáncer de mama y pélvicos

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
MÁS beneficios y programas (continuación)	**Asesoramiento y pruebas de VIH***
	Boletines de noticias para afiliados enviados a su domicilio con información sobre: • Actualizaciones y detalles sobre los beneficios • Servicios nuevos • Eventos en su comunidad • Educación sobre aptitud física y salud
	Sitio web sobre salud y bienestar que brinda consejos para ayudar a que usted y sus seres queridos se mantengan saludables
	Una amplia selección de proveedores que le brinda a usted y a su familia acceso a proveedores de cuidado primario (PCP), especialistas, hospitales y farmacias
	Línea GRATIS para crisis las 24 horas para ayudarlo con asuntos relacionados con abuso de drogas y alcohol y salud conductual
	Cuidados de relevo: los cuidadores de los afiliados recibirán 200 horas de relevo en casa y 5 días de relevo fuera de casa por año del plan. Se requiere la aprobación del administrador de cuidados
	Acceso a todos los medicamentos con receta médicamente necesarios*

Programa Healthy Rewards

WellCare of Kentucky recompensará a los afiliados que tomen medidas específicas para lograr una buena salud como parte de nuestro programa Healthy Rewards. Usted puede ganar recompensas como tarjetas de regalo solo por hacerse controles y pruebas de diagnóstico como se muestra en la siguiente tabla:

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Nuevos afiliados	Visita inicial al PCP	Visita inicial al PCP dentro de los 90 días de la inscripción	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de $**25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Salud infantil	De 0 a 15 meses	Visitas de rutina del niño según el calendario de exámenes periódicos (6 visitas)	$**10** por consulta para un total de $**60** en una tarjeta de débito prepaga o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica
	De 2 a 21 años	Realización de una consulta anual de rutina para niños o adolescentes.	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de $**25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Embarazo saludable	Visitas de atención prenatal	Las mujeres afiliadas deben realizar una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción (12 años en adelante)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
	Finalización de las visitas prenatales	Las mujeres afiliadas que realicen una visita prenatal tendrán la opción de recibir una de las opciones de recompensa enumeradas.	Posibilidad de elegir un cochecito, un corral de juegos portátil, un asiento de automóvil o seis (6) paquetes de pañales
	Visitas de atención posparto	Asistir a 1 visita de atención posparto entre los 7 y 84 días después del nacimiento del bebé (12 años en adelante).	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Administración de cuidados crónicos	Diabetes	Hacerse un examen ocular anual (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
		Hacerse una prueba de laboratorio para HbA1C (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Administración de cuidados crónicos (continuación)		Control de presión arterial (de 18 a 75 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
Atención de rutina para la mujer	Prueba de detección del cáncer cervical	Realizar una visita al consultorio para realizarse un examen de detección de cáncer cervical (examen de Papanicolaou) (de 21 a 64 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Atención de rutina para la mujer (continuación)	Mamografía de diagnóstico	Realizarse una mamografía de diagnóstico anual (de 50 a 74 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
	Detección de clamidia	Realizarse un examen de detección anual (de 16 a 24 años)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Salud para adultos	Examen de diagnóstico anual de salud para adultos	Realizarse un examen de diagnóstico anual para adultos (consulta de bienestar para afiliados de 20 años en adelante)	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
Cuidado dental	Visita dental preventiva	Visita dental preventiva para todos los afiliados de WellCare of Kentucky de 2 a 20 años	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
Servicios para dejar de fumar	Asesoramiento para dejar de fumar	Los afiliados elegibles aceptan recibir y revisar herramientas y recursos educativos para dejar de fumar. Los afiliados deben atestiguar que han completado un programa para dejar de fumar.	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)
Salud conductual	Seguimiento de 7 días	Acuda a un proveedor de salud conductual dentro de 7 días después de una hospitalización de salud conductual (afiliados mayores de 6 años de edad).	Los afiliados pueden elegir entre: • Una tarjeta de débito prepaga de **$25** o una tarjeta de regalo o una tarjeta electrónica. • 3 meses de afiliación a Amazon Prime. • Fitbit *Para calificar para un producto Fitbit, los afiliados deben completar dos (2) actividades (sin incluir a los afiliados de 0 a 15 meses de edad)

Para obtener más información sobre el programa Healthy Rewards de Wellcare of Kentucky, o si tiene alguna pregunta, llámenos o visítenos en línea. Nuestro número de teléfono sin cargo es el **1-877-389-9457** (TTY **711**) y nuestro sitio web **www.wellcare.com/Kentucky**.

*Para recibir estos servicios, no necesita una remisión de su PCP. Deberá elegir un proveedor de la red para asegurarse de que los servicios y medicamentos estén cubiertos por el plan. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**). También puede visitarnos en cualquier momento en **www.wellcare.com/Kentucky**.

Los beneficios que puede obtener de WellCare of Kentucky O un proveedor de Medicaid

Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT)

Contamos con servicios de control de salud para el bienestar de los niños. Los afiliados del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio de salud que sea médicamente necesario para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se llama Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT). Los afiliados que necesitan beneficios de EPSDT:

- Puede obtener servicios de EPSDT a través de WellCare of Kentucky o de algún proveedor de Medicaid
- No tiene que pagar copagos por los servicios de EPSDT
- Puede obtener ayuda con la programación de citas y la organización de transporte gratuito hacia y desde las citas

EPSDT incluye cualquier servicio médico necesario que puede ayudar a tratar, prevenir o mejorar un problema de salud del afiliado, que incluye:

- Servicios integrales de exámenes de salud (controles del niño sano, exámenes de desarrollo e inmunizaciones)
- Evaluación de la salud conductual y mental
- Tabla de crecimiento y desarrollo
- Evaluación de la visión, la audición y el lenguaje
- Salud y educación nutricional
- Evaluación y análisis de riesgo de plomo en sangre, según corresponda
- Vacunas apropiadas para la edad
- Examen diagnóstico dental y remisión a un dentista
- Remisión a especialistas y tratamiento, según corresponda
- Servicios de atención médica a domicilio

- Atención médica para pacientes terminales
- Servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de cuidado personal
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Medicamentos con receta
- Prótesis
- Servicios de rehabilitación
- Servicios para trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Transporte hacia y desde las citas médicas
- Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, solucionar o mejorar un problema de salud

Gran parte del programa EPSDT es el control rutinario del niño (o control de salud). El PCP de su hijo realizará este control de salud para asegurarse de que su hijo está creciendo saludablemente. Durante estos controles de salud, el PCP de su hijo:

- Realizará un examen físico completo de pies a cabeza y de salud conductual
- Le aplicará las inmunizaciones (vacunas) que necesite
- Le hará los análisis de sangre y orina que necesite

Estos controles de salud se realizan a determinadas edades. (Hablaremos sobre esto más adelante en esta sección). Es muy importante que usted lleve a su hijo a ver a su PCP para estos controles. Dicho PCP puede ayudar a identificar cualquier cuestión de salud antes de que se convierta en un problema mayor. Además, su hijo puede recibir las vacunas necesarias.

Lo mejor es que estos controles se realizan de manera gratuita. Por lo tanto, asegúrese de programar hoy mismo el control de salud de su hijo. Si necesita ayuda para concertar una cita, llámenos. Recuerde que si necesita cancelar la cita debe reprogramarla lo antes posible.

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de cuidado primario (PCP) de su hijo. También puede encontrar más información si visita **www.wellcare.com/Kentucky** o llama al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Servicios NO cubiertos

Recepción de servicios no cubiertos

WellCare of Kentucky Medicaid solo paga los servicios que son médicamente necesarios. A continuación, se encuentran algunos de los servicios que Kentucky Medicaid no paga. Usted puede recibir un servicio que no esté cubierto por WellCare of Kentucky o Kentucky Medicaid, pero deberá pagarlo por su cuenta. Sugerimos que hable con su proveedor y ambos lleguen a un acuerdo por escrito. Usted no perderá sus beneficios de Medicaid si no puede pagar un servicio cubierto.

Si no está seguro acerca de si el plan de salud paga o no un servicio, llámenos sin cargo al 1-877-389-9457 (TTY 711). Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

- Servicios de proveedores que no pertenecen a Kentucky Medicaid
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Masajes e hipnosis
- Hospitalizaciones si puede recibir tratamiento fuera del hospital
- Medicamentos de fertilidad
- Cualquier servicio de laboratorio realizado por un centro o proveedor individual sin certificación vigente proveniente de la Enmienda sobre Mejoras de Laboratorios Clínicos (CLIA)
- Procedimientos cosméticos o servicios realizados exclusivamente para mejorar la apariencia
- Histerectomía realizada exclusivamente para prevenir embarazos
- Tratamiento médico o quirúrgico para infertilidad (por ejemplo, reversión de esterilización, fertilización in vitro, etc.)
- Servicios de aborto inducido y aborto espontáneo que van en contra de las leyes federales y de Kentucky y de las opiniones judiciales (a menos que la vida de la madre esté en peligro, o en caso de incesto o violación)
- Pruebas de paternidad
- Servicios personales o artículos de comodidad
- Servicios post mortem
- Servicios o medicamentos en investigación o de carácter experimental
- Servicios para cambio de sexo

- Esterilización de un afiliado mentalmente incapacitado o internado
- Aparatos para dientes, dentaduras postizas y parciales, y puentes para personas de 21 años o más
- Anteojos y lentes de contacto para personas de 21 años o más
- Audífonos para personas de 21 años o más
- Ventiladores, aire acondicionado, humidificadores, purificadores de aire, computadoras, reparaciones en el hogar
- Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos, a menos que sean aprobados por el Secretario del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia de Kentucky
- Servicios o suministros superiores a lo que está permitido por las leyes federales o estatales, los fallos judiciales y el programa de Kentucky Medicaid
- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios que proveen los proveedores que no son parte su Plan de Salud
- Servicios por los que no se requiere que un afiliado pague y por los que ninguna otra persona tiene responsabilidad legal de pagar

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame al Servicio de Atención al cliente.

Si recibe una factura

Si usted recibe una factura de un tratamiento o servicio que usted no cree que deba pagar, no la ignore. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**) de inmediato. Podemos ayudarlo a comprender los motivos por los que ha recibido una factura. Si no es responsable del pago, WellCare of Kentucky se comunicará con el proveedor y le ayudará a resolver el problema.

Usted tiene el derecho a una audiencia imparcial del estado si le solicitan que pague por algo que debería cubrir Medicaid o WellCare of Kentucky. Una audiencia imparcial del estado le permite a usted o a su representante preparar su caso ante un juez administrativo. Consulte la sección *Audiencia imparcial del estado* de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

Copago del afiliado

No se requieren copagos para ningún servicio.

Parte III
Procedimientos del plan

Autorización y acciones de servicio

Autorizaciones previas (PA)

A veces, es posible que su PCP u otro proveedor tenga que solicitarnos que aprobemos un cuidado antes de que usted reciba el servicio. Es posible que también necesitemos aprobar algunos servicios para que usted siga recibiéndolos. Esto se denomina "preautorización" o "autorización previa" (o PA para abreviar). Puede solicitarla o su PCP o proveedor se pondrá en contacto con nosotros para esta aprobación.

Los siguientes servicios deben aprobarse antes de recibirlos:

- Equipo y suministros médicos
  - Todos los suministros y equipos médicos **alquilados** requieren aprobación
  - En el caso de los suministros y equipos médicos **comprados**, solo aquellos que tienen un costo superior a $**500** requieren aprobación
- Algunos exámenes médicos ordenados por su PCP u otro proveedor
- Programas cardíacos
- Cuidado de la salud a domicilio
- Terapias (física, ocupacional, del habla)
- Servicios de salud conductual residenciales y para pacientes internados

Esta no es una lista completa, y puede cambiar ocasionalmente. Para obtener ayuda con las autorizaciones previas, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es el **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio se denomina una **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, debe:

- Hacer que su PCP o proveedor se comunique con nosotros para solicitar esta aprobación. Puede llamarnos al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Si no aprobamos su solicitud, se lo informaremos. Si no aprobamos una solicitud y usted recibe el servicio de todos modos, el proveedor no puede facturarle a menos que usted haya acordado por escrito pagarlo. Si una aprobación es rechazada, usted puede solicitar una apelación. Si una vez finalizada la apelación usted continúa insatisfecho, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. (Para obtener más *información sobre este tema, consulte la sección* Procedimientos de reclamo para afiliados).

Solicitudes de autorización de servicio para menores de 21 años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobación de servicios médicos para menores de 21 años que reciben Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los *servicios de EPSDT*, consulte la página 81 o visite nuestro sitio web en **www.wellcare.com/Kentucky**.

Qué sucede una vez que recibimos su solicitud de autorización de servicios

WellCare of Kentucky cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que le prometemos. Los trabajadores de la salud calificados están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó o que necesita esté cubierto por WellCare of Kentucky y sea médicamente necesario.

Cualquier decisión de rechazar o aprobar una solicitud de autorización de servicios por una cantidad que sea menor a la solicitada se denomina una **acción adversa (o acción)**. Un profesional de cuidado de la salud tomará estas decisiones. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar decisiones sobre acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de que recibamos su solicitud, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **expedito** (acelerado). Usted o su médico pueden solicitar una revisión expedita si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión expedita, se lo informaremos y su caso será manejado según el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más tarde de lo que se describe en la siguiente sección de este manual.

Le informaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud fue aprobada o rechazada. También le diremos las razones de nuestra decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para una apelación o una audiencia imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Preautorización y plazos

Revisaremos su solicitud de preautorización dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** Decidiremos acerca de su solicitud en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.
- **Revisión expedita (acelerada):** Decidimos sobre su solicitud y tendrá noticias nuestras dentro de las veinticuatro (24) horas.

- En la mayoría de los casos, si recibe un servicio y se hace una nueva solicitud para seguir recibiendo un servicio, debemos informarle antes de cambiar el servicio si decidimos reducirlo, detenerlo o restringirlo. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibirlo, no lo reduciremos, detendremos o restringiremos durante el tiempo que haya sido aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o errónea.**

En caso de negarle el pago por un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor en la fecha de negación del pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por los cuidados que recibió que estuvieron cubiertos por su plan o por Medicaid, incluso si luego WellCare of Kentucky rechaza el pago al proveedor**.

Plazos de la autorización previa		
Tipo de solicitud	Plazo de la decisión	Quién puede solicitarla
Estándar (para atención que no sea de emergencia)	En un plazo de 2 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud	Su proveedor o PCP
Acelerada/rápida (para cuidado urgente)	Dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud	Su proveedor o PCP

Tenga en cuenta lo siguiente: Las decisiones de aprobación para servicios que ya han sido proporcionados se toman dentro de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos toda la información necesaria.

Servicios disponibles sin autorización

No necesita nuestra aprobación o la de su PCP para los siguientes servicios:

- Acceso directo a los especialistas en salud de la mujer dentro de la red para los servicios preventivos y de rutina de cuidado de la salud
- Cuidado de emergencia y cuidado urgente
- Planificación familiar (cualquier proveedor del plan de salud)
- Visitas de rutina para niños de 20 años o menores
- Cuidado de la visión de rutina

- Una visita médica por año para la mujer a un proveedor de OB/GYN dentro de la red
- Servicios posteriores a la estabilización
- Visitas a su PCP

Aunque no necesita la aprobación para estos servicios, deberá ver a un proveedor en nuestra red. Puede encontrar un proveedor utilizando nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea, *Find a Provider*. Está en nuestro sitio web. Ingrese a **www.wellcare.com/Kentucky/Find-a-Provider**. Cuando haya elegido, llame para programar una cita. Recuerde llevar sus tarjetas de ID con usted.

Gestión de Utilización (UM)

La gestión de utilización (UM) es un proceso común usado por los planes de salud. Es la manera en que nos aseguramos de que los afiliados reciban el cuidado adecuado donde corresponde. También nos ayuda a hacer buen uso de los recursos de cuidados de la salud.

Nuestro programa de UM consta de tres partes. Estas son las siguientes:

1. **Revisiones previas al servicio:** antes de que usted reciba un cuidado, nos aseguramos de que este sea adecuado para usted
2. **Revisiones concurrentes:** revisamos su cuidado mientras lo recibe para comprobar si usted se vería beneficiado por otro cuidado
3. **Revisiones retrospectivas:** averiguamos si el cuidado que recibió fue apropiado

Contamos con un número sin cargo (**800**) para ayudar a los proveedores a obtener servicios. Ellos pueden llamar a dicho número para obtener autorización para servicios urgentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En ocasiones podemos rechazar la cobertura de servicios o cuidado. Estas decisiones de rechazo de cobertura las toman los enfermeros y los médicos. Estos son algunos de los temas que usted debe saber acerca de este proceso de decisión:

- Las decisiones se basan en el mejor uso del cuidado y los servicios
- Las personas que toman las decisiones no reciben ningún pago por rechazar el cuidado (nadie lo recibe)
- No promovemos el rechazo del cuidado en modo alguno

Llámenos si tiene preguntas sobre nuestro programa UM. Llame sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Segunda opinión médica

Su PCP puede guiarlo en este proceso cuando desee una segunda opinión sobre su cuidado. Le pedirá que elija a otro médico de nuestra red o fuera de ella. También puede dirigirse directamente a otro proveedor de la red para obtener una segunda opinión. Si no puede encontrarlo, no se preocupe. Podemos ayudarlo a encontrar un médico que lo atienda. Si ningún médico de la red puede atenderlo, podrá elegir uno fuera de nuestra red. (No tendrá que pagar).

El médico de la segunda opinión puede pedir que se le realicen algunos exámenes. En ese caso, estos exámenes deben ser realizados por un proveedor de nuestra red.

Su PCP revisará la segunda opinión. Luego decidirá la mejor forma de tratarlo.

Recuerde que deberá pagar los servicios recibidos cuando va a un médico que no está en nuestra red sin nuestra aprobación.

Atención posterior a la estabilización

Después de una visita a la ER, llame a su PCP dentro de un plazo de 24 a 48 horas. Posiblemente, necesite recibir atención de seguimiento hasta que su salud mejore. Esto se denomina atención posterior a la estabilización. Cubrimos el cuidado posterior a la estabilización. No necesita nuestra aprobación para obtener este servicio. Sin embargo, este cuidado es necesario para mantener, mejorar o solucionar su afección médica.

Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Cuando se entera que está embarazada, cuidarse a sí misma puede ayudarla a usted y a su bebé a mantenerse saludables.

A continuación, mencionamos algunas cuestiones muy importantes que debe considerar cuando recibe la noticia. Piense en esto como la lista de verificación de su bebé.

¡WellCare of Kentucky puede ayudarme a agendar las citas médicas de mi bebé!

1-877-389-9457 (TTY **711**)

Lista de "cosas para hacer" para su bebé
❑ Avisar a estas personas que voy a tener un bebé: - Familia -WellCare of Kentucky - Mi trabajador social del DCBS -Mi PCP
❑ Programar mi primera visita prenatal y hablar con el médico acerca de futuras visitas prenatales y de las visitas después del nacimiento del bebé (posparto)
❑ Comenzar a pensar acerca de qué médico elegir para mi bebé -Necesito hacer esto antes de que llegue el bebé; de lo contrario, WellCare of Kentucky lo elegirá por mí.
❑ Decidir qué asiento para automóvil, cuna, cochecito y silla alta debe adquirir.
❑ Realice un "examen de seguridad" en su hogar.

Si está embarazada y se inscribió en nuestro plan recientemente, debe visitar a su proveedor de atención prenatal dentro de los 14 días de haberse convertido en afiliado. Asegúrese de asistir a todas sus visitas prenatales y de posparto.

Es importante que nos informe cuando esté embarazada. Podemos brindarle información útil sobre el nacimiento y el cuidado de su bebé. También podemos inscribirlo en nuestro Programa Gratuito de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps. Continúe leyendo para obtener más información sobre esto.

Programa de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps

Tenemos un programa gratis para las madres embarazadas. Se llama WellCare BabySteps. El objetivo del programa es mantenerla a usted y a su bebé sanos. Para hacer esto, nuestros coordinadores de atención BabySteps se comunicarán con usted para completar una evaluación de maternidad. Esta herramienta nos ayudará a saber si la gestión o coordinación de la atención podría ser útil para usted y su bebé nonato. Si es así, nuestros administradores y coordinadores de atención le ayudarán. Pueden ayudarla a afrontar cualquier problema durante su embarazo.

Las madres embarazadas también tienen acceso a una plataforma educativa de texto y web. Este servicio gratuito ofrece consejos de salud durante el embarazo y la salud y el bienestar del bebé. Todo lo que debe hacer es enviar un mensaje de texto con la palabra **STEPSKY** al **52046**. Recibirá mensajes **GRATIS** en su teléfono celular. Pueden ayudarla durante el embarazo.

Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Visite a su médico apenas sepa que está embarazada. Podrá averiguar si usted está en riesgo de tener a su bebé demasiado pronto.*Consultar con su médico a tiempo a menudo le da una mejor oportunidad de tener un bebé más sano.**

Fuentes:

*Prenatal and Postpartum Care, The State of Health Care Quality 2005, National Committee for Quality Assurance

**Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition, ©October 2007 by the American Academy of Pediatrics (AAP) and the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

Estas son algunas pautas de cuidado para usted durante el embarazo y después del embarazo:

Qué esperar durante las visitas de cuidado del embarazo con su proveedor	
En cada visita	Medirá su peso y presión arterial
	Le pedirá una muestra de orina
	Hará mediciones relacionadas con el crecimiento del bebé
	Escuchará la frecuencia cardíaca del bebé
	Le preguntará si siente los movimientos del bebé
	Le preguntará si tiene pérdida de algún líquido
	Le preguntará si está alimentándose correctamente y tomando sus vitaminas
	Le preguntará si camina, se estira y se agacha
	Le hablará respecto al tabaquismo, el alcohol y el consumo de drogas
	Le hablará acerca de lo que su cuerpo hará cuando esté por llegar el bebé
	Le preguntará si alguien le está pegando o la está lastimando
	Le preguntará cómo se sienten usted y su familia acerca del futuro bebé
	Le preguntará sobre su seguridad

Qué esperar durante las visitas de cuidado del embarazo con su proveedor	
En la primera visita	Le preguntará sobre sus otros embarazos o enfermedades
	Le preguntará sobre la salud y las enfermedades de su madre, su padre y abuelos
	Le preguntará si se inscribió en WIC
	Revisará sus oídos, nariz y garganta
	Escuchará su corazón, pulmones y abdomen
	Revisará sus tobillos para constatar si están hinchados
	Le pedirá que se recueste para hacer un examen interno y un examen de Papanicolaou
	Extraerá sangre para hacer algunos exámenes
	Le aplicará las vacunas que aún no haya recibido
	Hará una ecografía para escuchar la frecuencia cardíaca del bebé y observar los movimientos del bebé
	Hablará con usted sobre pruebas adicionales, según sea necesario
	Le dirá qué comer y beber, y qué hacer para tener un embarazo saludable

Qué esperar durante las visitas de cuidado del embarazo con su proveedor	
En la visita anterior al nacimiento del bebé	Le hablará acerca de lo que su cuerpo hará cuando esté por llegar el bebé
	Le comentará lo que se siente al tener un bebé
	Le hablará sobre su trabajo y salir de viaje
	Le preguntará cómo se sienten usted y su familia acerca del futuro bebé
En la primera visita posterior al nacimiento del bebé	Medirá su peso y presión arterial
	La revisará y le hará un examen de Papanicolaou para asegurarse de que esté recuperándose adecuadamente
	Le preguntará si está alimentándose correctamente y tomando sus vitaminas
	Le preguntará si camina, se estira y se agacha
	Le preguntará cómo se sienten usted y su familia respecto del bebé
	Le hablará sobre futuros bebés y planificación familiar

Fuentes:

Guidelines for Perinatal Care, Sixth Edition, ©October 2007 por la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists y patrocinado en parte por March of Dimes and the Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) Standards for Access and Availability, ©2007 por el National Committee for Quality Assurance

Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care — United States, MMWR, April 21, 2006/55(RR06); 1–23

Exención de responsabilidad legal: Hable con sus médicos acerca del cuidado adecuado para usted. Este material no reemplaza el consejo de su médico. Se basa en fuentes externas. Se lo brindamos solo para su información. No implica que se trate de beneficios cubiertos por WellCare of Kentucky. Además, WellCare of Kentucky no

garantiza resultados de salud. Deberá revisar su plan o llamar a Servicio de Atención al Cliente para saber si un servicio está cubierto.

*Llame al **911** o a su médico de inmediato en caso de una emergencia de salud.*

Algunos recordatorios:

- Si usted tiene un bebé mientras es afiliado de WellCare of Kentucky, el bebé tendrá cobertura desde su nacimiento.
- Deberá informar a su coordinador de atención del DCBS que está embarazada.
- Elija un PCP para su bebé antes de que nazca; si no lo hace, elegiremos uno por usted.

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El programa WIC es un programa de nutrición especial. Es para mujeres (embarazadas y que hayan sido madres recientemente), bebés y niños. El programa proporciona:

- Educación sobre nutrición
- Alimentos nutritivos
- Remisiones a otros servicios sociales, de salud y bienestar
- Apoyo para madres en período de lactancia

Si está embarazada, consulte a su PCP o proveedor de atención prenatal sobre el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Para saber si cumple los requisitos y para solicitar su ingreso a este programa, llame a su agencia de WIC local. Deberá concertar una cita para hablar con ellos. También necesitará mostrar un comprobante de residencia en Kentucky y de sus ingresos.

Para obtener más información sobre WIC, ingrese al sitio web de WIC de Kentucky en **https://chfs.ky.gov/agencies/dph/dmch/nsb/Pages/wic.aspx**.

Servicios dentales

Le recomendamos concertar una cita con su dentista apenas se inscriba en nuestro plan. Si está embarazada, el cuidado dental es muy importante para usted y su hijo nonato.

Para encontrar un dentista en su área, llame al número indicado en la parte posterior de su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky. También puede buscar uno con la herramienta de búsqueda de nuestro sitio web *Find a Provider*.

Ingrese a **www.wellcare.com/Kentucky/Find-a-Provider**. Si necesita ayuda para concertar una cita, llame sin cargo al **1-855-806-5641** (TTY **711**).

Consulte la sección *Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky* para obtener más detalles.

Atención de la salud conductual

Su salud mental o conductual es importante para mantenerse saludable. Si tiene alguno de los problemas mencionados a continuación, llámenos. Le daremos los nombres y números de teléfono de los proveedores que pueden ayudarlo. Además, puede buscar un proveedor en nuestro sitio web. Ingrese a www.wellcare.com/Kentucky/Find-a-Provider. No necesita autorización previa ni derivación de su PCP.

- Sensación de tristeza continua
- Sensación de estar alterado
- Problemas de drogas o alcohol
- Sentimiento de desesperanza y/o desamparo
- Sentimientos de culpabilidad o desvalorización
- Falta de interés en cosas que le agradan
- Falta de apetito
- Problemas para prestar atención
- Problemas para dormir
- Pérdida o aumento de peso
- Tiene dolor de cabeza, estómago o espalda y su médico no ha descubierto la causa.

Línea para crisis de salud conductual las 24 horas

También contamos con una línea para crisis disponible las 24 horas. Si cree que usted o un miembro de su familia tiene una crisis de salud conductual, llame a este número. Una persona capacitada escuchará su problema. Lo ayudará a determinar la mejor manera de manejar la crisis.

Línea para crisis de salud conductual las 24 horas

Número gratuito: **1-855-661-6973**

Qué hacer en un caso de emergencia de salud conductual o si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan

¿Siente que usted es un peligro para sí mismo o para otras personas? ¿Piensa que usted está teniendo una emergencia de salud conductual? Llame a su PCP o a nuestra línea de crisis si no está seguro de que se trata de una emergencia.

En una emergencia de salud conductual, usted puede:

- Llamar al **911**
- Llamar a una ambulancia si el servicio de **911** no se encuentra disponible en su área
- Dirigirse de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano

La elección es suya. No necesita aprobación para una emergencia de salud conductual.

El proveedor que lo atienda en la emergencia de salud conductual puede considerar la necesidad de cuidado después de que lo estabilicen. No necesita aprobación para este cuidado. Sin embargo, este cuidado es necesario para mantener, mejorar o solucionar su condición. Recuerde hacer un seguimiento con su PCP. Hágalo dentro de las 24 a 48 horas de dejar el hospital.

El hospital donde reciba el cuidado de emergencia puede encontrarse fuera de nuestra área de servicio. De ser así, usted será trasladado a un centro de la red una vez que haya mejorado lo suficiente para viajar.

Consulte nuevamente la sección *Cuidado de emergencia* de este manual para obtener más información.

Limitaciones y exclusiones de la salud conductual

No cubriremos servicios que no sean médicamente necesarios.

Medicamentos con Receta

Un proveedor inscrito en Medicaid de Kentucky debe prescribir sus recetas médicas. Una vez que tenga su receta, vaya a cualquier farmacia de la red para que le vendan el medicamento. Nuestro directorio de proveedores indica todas las farmacias que tiene nuestro plan. O llámenos, y le ayudaremos a encontrar una farmacia cercana a usted.

En la farmacia, solo deberá mostrar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky para retirar su medicamento con receta.

Para preguntas sobre medicamentos con receta, llámenos. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Lista de medicamentos preferidos

Tenemos una Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). Esta es una lista de medicamentos armada por médicos y farmacéuticos. Nuestros proveedores de la red usan esta lista cuando le recetan un medicamento. Para ver nuestra PDL, solo visite **www.wellcare.com/Kentucky**.

La PDL incluye medicamentos que pueden tener límites, como los siguientes:

- Límites de edad o sexo
- Autorización previa (PA)
- Límites de cantidad
- Terapia escalonada

Para los medicamentos que requieren aprobación (y los que no están incluidos en nuestra PDL), su proveedor deberá enviarnos una Solicitud de determinación de cobertura (CDR). En algunos casos, podemos exigirle que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que se pidió primero. No podemos aprobar el medicamento que solicitó primero si antes no prueba el otro medicamento.

Hay medicamentos que no cubrimos. Estos incluyen:

- Los utilizados para problemas de alimentación, pérdida de peso o aumento de peso
- Los utilizados para ayudarla a quedar embarazada
- Los utilizados para la disfunción eréctil
- Medicamentos que son para fines cosméticos o que contribuyen al crecimiento del cabello
- Medicamentos de Implementación de Estudios de Eficacia de Medicamentos (DESI) y medicamentos que son idénticos, relacionados o similares a estos
- Medicamentos en investigación o de carácter experimental
- Los utilizados para cualquier fin que no esté médicamente aceptado

Para obtener estos artículos, simplemente lleve su receta a una farmacia de la red.

También deberá mostrar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky.

Otros medicamentos que puede obtener en la farmacia

Existen algunos medicamentos de venta libre (OTC) que puede obtener en la farmacia con una receta de su médico. Algunos de los medicamentos que cubrimos incluyen:

- Antiácidos como hidróxido de aluminio
- Aspirina recubierta
- Difenhidramina (para alivio de la alergia)
- Antagonistas de los receptores H2 (para tratar el reflujo ácido y las úlceras, como la famotidina)
- Ibuprofeno (un analgésico para el dolor de cabeza, el dolor de muela y el dolor de espalda)
- Jeringas de insulina
- Hierro
- Meclizina (para aliviar los mareos)
- Multivitaminas/multivitaminas con hierro
- Antihistamínicos no sedantes (alivio de la alergia sin adormecimiento)
- Inhibidores de la bomba de protones (también ayuda con el reflujo ácido y las úlceras, como el omeprazol)
- Antifúngicos tópicos como el clotrimazol
- Tiras reactivas para pruebas de orina

Limitación de farmacia

Usted puede visitar una serie de diferentes médicos para su cuidado. Cada uno puede recetarle un medicamento distinto, lo que a veces puede ser peligroso. Para ayudarle con esto, hemos creado un programa de limitación de farmacias.

El programa de limitación de farmacia ayuda a coordinar sus necesidades de cuidado médico y medicamentos.

El programa ayuda a coordinar sus necesidades de cuidado médico y medicamentos. Si usted está inscrito en el programa, obtendrá todas sus recetas de sustancias controladas de una farmacia y de un prescriptor. Esto ayudará al farmacéutico y al PCP a entender sus necesidades de medicamentos con receta.

- Si su farmacia asignada no tiene su medicamento de inmediato, podrá recibir un suministro de emergencia de 72 horas en otra farmacia, siempre y cuando su médico pertenezca a nuestra red.

Si creemos que se beneficiaría de este programa, podemos asignarle una farmacia y un médico. Le enviaremos una carta para informarle si usted está incluido en este programa. También le informaremos a su PCP y a la farmacia. Si no desea estar incluido en el programa de limitación de farmacia, puede presentar una apelación. (Consulte la sección *Procedimientos de reclamo para afiliados* más adelante en este manual).

Si tiene preguntas sobre nuestro programa de limitación de farmacia, llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Telesalud

¿Le es difícil llegar a las citas con su proveedor? Quizás no puede desplazarse muy bien o vive en una zona rural del estado. De ser así, es posible que el servicio de telesalud le resulte útil para usted.

Nos hemos unido a la red de telesalud de Kentucky para mejorar el acceso a la atención médica de nuestros afiliados. Este servicio funciona bien si usted:

- Tiene problemas para desplazarse (movilidad)
- Vive demasiado lejos de un especialista

El servicio puede ayudarlo a comunicarse con los proveedores de salud para adultos y niños.
Puede ayudarlo a:

- Reducir el tiempo de viaje a una cita con el proveedor
- Disminuir la cantidad de días laborales perdidos
- Reducir los costos físicos y financieros de los problemas de salud que no fueron tratados

Hable con sus proveedores acerca del servicio de telesalud. Consulte si es adecuado para usted.

Registro en el Portal seguro de miembros

El Portal seguro de miembros ofrece una variedad de herramientas para nuestros afiliados. Acceda a la información del plan, realice pagos de primas y elija sus preferencias de comunicación y mucho más. Para acceder a estas funciones, debe registrarse en el Portal de miembros.

Para registrarse:

1. Desde **www.wellcare.com**, haga clic en el botón Iniciar sesión/registrarse en la barra de navegación superior.
   A continuación, seleccione "Miembro", su estado y su plan.
2. Haga clic en el enlace "Registrarse para obtener una cuenta" para abrir una nueva ventana a la pantalla de registro web.
3. Regístrese ingresando la información que aparece en la tarjeta de ID del afiliado:
   a. ID del afiliado
   b. Fecha de nacimiento
   c. Nombre
   d. Apellido
   e. Dirección de correo electrónico válida
4. Lea los Términos y condiciones. Haga clic en el botón para aceptar los Términos y condiciones.
5. Cree un nombre de usuario. Su nombre de usuario debe cumplir con estos requisitos:
   a. Comenzar con una letra
   b. Tener 8 a 12 caracteres
   c. Solo contener letras (a-z, A-Z), números (0-9) y/o guion bajo (_).
   d. Contener al menos una letra y un número
6. Seleccione una pregunta de seguridad. Proporcione una respuesta a su pregunta de seguridad y confirme.
7. Una vez que haya proporcionado su nombre de usuario y pregunta de seguridad, será redirigido a una página de confirmación. Recibirá su contraseña temporal dentro de 24 horas a la dirección de correo electrónico indicada.
8. Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña temporal. A continuación, se le pedirá que cree una contraseña.
9. Cree una contraseña. Su contraseña debe cumplir con estos requisitos:
   a. Contener de 8 a 12 caracteres.
   b. Contener al menos una letra mayúscula y una minúscula (a-z, A-Z)
   c. Contener al menos un número (0-9)
10. Una vez que su cuenta se haya creado y confirmado correctamente, seleccione la pestaña "Miembro" para dirigirse a la página de inicio segura.

Puede utilizar la página de inicio de miembros para acceder a todas las funciones seguras. Si tiene alguna pregunta o algún problema con el Portal de miembros, comuníquese con nosotros.

Aplicación para Móvil MyWellCare

Con nuestra aplicación, tendrá información de salud a su alcance.

La aplicación MyWellCare en su smartphone o tableta le permite:

- Acceder a su tarjeta de ID
- Enviar por correo electrónico su ID
- Buscar proveedores, clínicas de atención rápida y hospitales
- Visualizar servicios de bienestar disponibles para usted
- Visualizar recordatorios de citas

Así que, adelante. Descargue MyWellCare hoy mismo. Es gratis en las tiendas de aplicaciones de Apple y Android.

¿No está registrado? ¡Es fácil!

Descargue la aplicación MyWellCare en su smartphone, seleccione su estado y en Producto, seleccione Medicaid.

- Acepte el Acuerdo
- Aparecerán varios íconos
  - Haga clic en cualquier "Ícono" para acceder a la "Pantalla de inicio de sesión de miembros".
- Haga clic en "No Registrado" en la parte inferior.
- Complete la Inscripción

¡Eso es todo! ¡Está listo para obtener información de salud en cualquier lugar, en cualquier momento! Recuerde informar al Servicio de Atención al Cliente si desea que le enviemos mensajes de texto con recordatorios e información.

Coordinadores del servicio

Es posible que necesite ayuda con sus necesidades médicas y/o de la salud conductual. De ser así, contamos con coordinadores de servicios que trabajan en conjunto con nuestros afiliados para ayudar con lo siguiente:

- Coordinar el transporte a las citas médicas
- Encontrar proveedores
- Administrar el cuidado con distintos proveedores
- Responder preguntas sobre beneficios, cuidado de la salud o medicamentos

Si consideramos que usted se beneficiaría trabajando con un coordinador de servicios, lo vincularemos con uno. Usted podrá conversar con dicho coordinador en persona o por teléfono. Si llama dentro del horario de atención, deje un mensaje. Dicho coordinador le llamará dentro de los próximos tres días hábiles.

Si en algún momento usted desea cambiar de coordinador de servicios, puede hacerlo. En ese caso, llame al 1-877-393-3090 (TTY 711). También puede escribirnos. Envíe su solicitud de cambio a:

WellCare of Kentucky
Attn: Service Coordinator
P.O. Box 438000
Louisville, KY 40253

Puede haber ocasiones en las que debamos cambiar su coordinador de servicios. En ese caso, su nuevo coordinador de servicios le llamará y le explicará por qué se hizo el cambio. También le dará su información de contacto.

Cuidado a largo plazo

Podemos ayudarlo a encontrar el programa Kentucky Medicaid adecuado para sus necesidades de cuidado a largo plazo. Su coordinador de servicios puede ayudarlo a decidir qué programa es mejor para usted o un familiar. Trabajamos con otros programas de Kentucky para asegurarnos de que la información del plan de cuidado a largo plazo sea transferida. De esta manera, no se produce ninguna interrupción en el cuidado.

Es posible que no cubramos algunos servicios de cuidado a largo plazo, entre ellos:

- Centros de enfermería especializada
- Limpieza del hogar
- Actividades

Para obtener más información sobre el cuidado a largo plazo, llámenos.

Su cuidado cuando cambia de planes de salud o médicos (Transición del Cuidado)

Si se inscribe en WellCare of Kentucky desde otro plan de salud, nos pondremos en contacto con usted dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha prevista de su inscripción con nosotros. Le haremos algunas preguntas sobre su salud.

- Si decide abandonar WellCare of Kentucky, compartiremos su información de salud con su nuevo plan.
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan de salud anterior. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener los servicios adicionales si los necesita.
- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de WellCare of Kentucky. Hay algunas instancias en las que usted puede ver a otro proveedor que tuvo antes de inscribirse en WellCare of Kentucky. Podrá continuar viendo al médico si:
  - En el momento en que se inscribe en WellCare of Kentucky, usted tiene un tratamiento o una afección de salud especial en curso. En ese caso, puede solicitar mantener su proveedor por hasta 90 días.
  - Está embarazada de más de 3 meses cuando se inscribe en WellCare of Kentucky y está recibiendo cuidado prenatal. En ese caso, puede mantener a su proveedor hasta después del parto y hasta 60 días de cuidados posparto.
  - Está embarazada cuando se inscribe en WellCare of Kentucky y recibe servicios de un proveedor de tratamiento de salud conductual. En ese caso, puede quedarse con su proveedor hasta después del parto.

Si su proveedor deja WellCare of Kentucky, le informaremos por escrito dentro de los 30 días desde que nosotros recibamos tal información. Le diremos cómo puede elegir a un nuevo PCP o elegiremos uno por usted si no hace una elección en un plazo de 30 días. Consulte "*Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario*" en la página 35.

Es muy importante para nosotros que usted reciba el cuidado que necesita. Por eso trabajaremos con usted para asegurarnos de que reciba su cuidado, si:

- Abandona otro plan de salud y recién comienza con nosotros
- Uno de sus proveedores abandona nuestra red
- Abandona nuestro plan para pasar a otro
- Está entrando en la edad adulta y necesita ayuda para elegir un proveedor de atención primaria para adultos

Queremos estar seguros de que puede continuar viendo a sus médicos y de que reciba sus medicamentos. Pídale a su proveedor que nos llame al 1-877-389-9457 (TTY 711) si cualquiera de las siguientes situaciones es aplicable a usted:

- Ha sido diagnosticado con una enfermedad muy grave dentro de los últimos 30 días
- Necesita un trasplante de órgano o tejido
- Toma medicamento(s) regularmente que requiere(n) autorización
- Visita a un especialista
- Recibe terapias (por ejemplo, quimioterapia, terapia ocupacional o física)
- Utiliza equipo médico duradero (por ejemplo, oxígeno o silla de ruedas)
- Recibe servicios domiciliarios (por ejemplo, cuidado de heridas o infusiones en el domicilio)
- Tiene una cirugía programada

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Planificación de su cuidado

Deseamos brindarle información sobre la prevención y planificación de sus necesidades de cuidado.

Salud preventiva

Su PCP le informará cuándo usted y su familia deben realizarse los controles. También le recordará cuándo usted y su familia necesitan ciertos exámenes y vacunas.

Para ayudarlo a estar informado de los controles que debe hacerse, podemos llamarlo o enviarle una carta. Lo hacemos a modo de recordatorio. Téngalo en cuenta si usted recibe una llamada o una carta sobre su vacuna anual contra la gripe o sobre la inasistencia a un control médico de su hijo. Esta es una de las maneras en que le ayudamos a usted y a su familia a mantenerse saludables.

Las siguientes pautas de esta sección no reemplazan la opinión de su PCP. Siempre debe consultar a su PCP sobre el cuidado que le conviene a usted y a su familia.

Pautas preventivas para la salud pediátrica (recién nacidos hasta 21 años de edad)

Estas pautas son solo recomendaciones. Es posible que se requieran otros servicios.

En la siguiente tabla se incluyen las recomendaciones publicadas por la American Academy of Pediatrics and Bright Futures, Centers for Disease Control and Prevention; and the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).[1,2,3,4]

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
Recién Nacido	• Control rutinario del bebé* al nacer • Examen de diagnóstico de audición • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido • Dosis 1 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB)
De 3 a 5 días	• Esta visita es especialmente importante si su bebé fue enviado a su hogar dentro de las 48 horas de haber nacido • Control rutinario del bebé según sea recomendado por el médico • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido (si no se realizó al nacer) • Dosis 1 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB), si no la recibió al nacer
1 mes	• Control rutinario del bebé • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó • Vacunas: Dosis 2 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB), si aún no la recibió • Examen de diagnóstico de TB

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
2 meses	• Control rutinario del bebé • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó • Vacunas: Rotavirus (RV); Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP); Haemophilus influenzae tipo B (Hib); Antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV)
4 meses	• Control rutinario del bebé • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó • Vacunas: Rotavirus (RV); Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP); Haemophilus influenzae tipo B (Hib); Antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV) • Examen de detección de Hemoglobina (Hgb)
6 meses	• Control rutinario del bebé • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó • Vacunas – Dosis 3 de la vacuna contra la Hepatitis B (HepB) (se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Rotavirus (RV); Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP); Antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV) – Comenzar con la vacuna anual contra la gripe (otoño o invierno) • Examen de detección de TB, examen de diagnóstico de salud oral y evaluación de riesgo de plomo en sangre
9 meses	• Control rutinario del bebé • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó; incluye hemoglobina y hematocrito • Vacunas – Dosis 3 de la vacuna contra la Hepatitis B (HepB), si aún no la recibió; (se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
12 meses (1 año)	• Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó; se incluye hemoglobina o hematocrito, si no se realizó en la visita a los 9 meses. • Vacunas – Dosis 3 de la vacuna contra la Hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Haemophilus influenzae tipo b (Hib); Antineumocócica conjugada (PCV); Varicela (VAR); Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR); y Hepatitis A (HepA) – Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
15 meses	• Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas – Dosis 3 de la vacuna contra la Hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 4 de la vacuna contra Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP) (se recomienda entre los 15 y 18 meses) – Vacunas contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib); Antineumocócica conjugada (PCV) – Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 2 de la vacuna contra la Hepatitis A (HepA) (se recomienda entre los 12 y 23 meses) – Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
18 meses	• Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas – Dosis 3 de la vacuna contra la Hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 4 de la vacuna contra Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 15 y 18 meses) – Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses) – Dosis 2 de la vacuna contra la Hepatitis A (HepA) (debe administrarse 6 meses después de la dosis 1; se recomienda entre los 12 y 23 meses) – Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
24 meses (2 años)	• Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia) como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
30 meses (2½ años)	• Control rutinario de niño* • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia) • Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses) • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
3 años	• Control rutinario de niño* • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia) • Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses) • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año
De 4 a 5 años	• Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas – Dosis 5 de la vacuna DTaP – Dosis 4 de la vacuna IPV – Dosis 2 de la vacuna MMR – Dosis 2 de la vacuna VAR • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral, audición, visión (entre los 4 y 5 años) y colesterol (dislipidemia) (si no se realizó a los 3 años) • Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses) • Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año • Análisis de orina a los 5 años

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
De 6 a 20 años	• Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Visita dental dos veces al año • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo • Pruebas de audición a los 6, 8 y 10 años • Examen de diagnóstico de la visión a los 6, 8, 10 y 12 años; deben hacerse exámenes de seguimiento a los 15 y 18 años • Examen de detección de Colesterol (dislipidemia) a los 6, 8 y 10 años; luego anualmente • Examen de glucosa en sangre a partir de los 10 años y luego continuar cada tres años cuando el paciente está en riesgo (ver más abajo) • Evaluación de riesgo de plomo en sangre (a los 6 años)
De 11 a 12 años	• Control rutinario del niño cada año • Exámenes de actualización, según sea necesario • Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años • Dosis 1 de la vacuna conjugada contra el Meningococo (MCV) • Difteria, Tétanos y tos ferina acelular (DTaP) • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Visita dental dos veces al año • Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda • Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas***

Edad	Exámenes de diagnóstico/Inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
De 13 a 14 años	• Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Visita dental dos veces al año • Análisis de Hemoglobina • Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda
De 13 a 17 años	• Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Refuerzo de MCV4 (a los 16 años); Tdap, si no la recibió previamente • Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Visita dental dos veces al año • Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda • Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas a partir de los 16 años***
De 18 a 20 años (hasta los 21 años)	• Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Visita dental dos veces al año • Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda • Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas***

NOTAS:

*Los controles rutinarios del bebé, del niño y del adolescente pueden incluir: examen físico (con el bebé sin ropa o un niño más grande sin ropa y adecuadamente cubierto), antecedentes de salud, evaluación del desarrollo y psicosocial/conductual, educación sobre salud (asesoramiento sobre la posición para dormir desde el nacimiento hasta los 9 meses, prevención de lesiones/violencia y asesoramiento nutricional), altura, peso, prueba de obesidad (conocida como BMI), examen de diagnóstico de la visión y de la audición, circunferencia de la cabeza desde el nacimiento hasta los 24 meses, y presión arterial al menos anualmente a partir de los 3 años.

**Las visitas dentales pueden recomendarse a partir de los 6 meses de edad.

***Las mujeres deben hacerse un examen pélvico y un examen de Papanicolaou entre los 18 y 21 años; o antes si son sexualmente activas.

Para niños con asma:

Si su hijo no ha visitado a su médico en los últimos tres meses, llame y haga una cita. El PCP de su hijo puede trabajar con usted para ayudarlo a controlar el asma de su hijo y a seguir su plan de acción para el asma.

Para niños con diabetes:

Las pruebas de diabetes mellitus (DM) deben comenzar a los 10 años (o al inicio de la pubertad) y deben continuar realizándose cada tres años, si se cumplen los siguientes criterios:

- Sobrepeso (IMC mayor al percentil 85 para edad y sexo; peso para altura mayor al percentil 85; o peso mayor al 120% del ideal para altura) **Y** dos de los siguientes factores de riesgo:
  - Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en un familiar de primer o segundo grado
  - Raza/etnia (indígena norteamericano, afroamericano, latino, asiático-americano o isleño del Pacífico)
  - Signos de resistencia a la insulina o afecciones asociadas con resistencia a la insulina (acantosis nigricans, hipertensión, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico o peso reducido al nacer para la edad gestacional).
  - Antecedentes maternos de diabetes o GDM durante la gestación del niño

Si su hijo tiene diabetes y no ha visitado a su médico en los últimos tres meses, llame y programe una cita. Esto ayudará a su hijo a mantenerse saludable y a evitar más problemas de salud derivados de la diabetes. Las pautas nacionales recomiendan

a todos los pacientes diabéticos ser examinados cada tres meses y realizar las siguientes pruebas:

- La prueba de **promedio de azúcar en sangre** debe realizarse al menos una vez al año. El nivel de hemoglobina A1C (HbA1c) de una persona debe ser inferior al 7%.
- La prueba de **colesterol LDL** debe realizarse al menos una vez al año. Si el resultado del nivel de LDL es superior a 100 mg/dL, puede requerirse un tratamiento.
- Un oftalmólogo debe realizar el **examen de dilatación de pupila** una vez al año para comprobar que no exista retinopatía diabética.
- El **examen de los pies** se debe realizar anualmente.
- **El análisis de orina para determinar proteína y microalbúmina** se debe realizar anualmente para controlar cómo están funcionando los riñones.

NOTAS:

[1] American Academy of Pediatrics and Bright Futures. Recommendations for preventive pediatric healthcare.

[2] Centers for Disease Control and Prevention, publicación anual. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 6 years – United States.

[3] Centers for Disease Control and Prevention, publicación anual. Recommended immunization schedule for persons aged 7 through 18 years – United States. 4 Centers for Disease Control and Prevention, publicación anual. Catch-up immunization schedule for persons aged 4 months through 18 years who start late or who are more than 1 month behind – United States.

Examen de salud anual de la mujer

Hacerse el examen anual de salud de la mujer es fundamental para mantenerse saludable.

Durante este examen anual, su proveedor hará lo siguiente:

- Revisará sus antecedentes médicos y ginecológicos
- Medirá su presión arterial, peso y otros signos vitales
- Examinará su cuerpo, incluida la piel y otras partes, para controlar su salud general
- Realizará un examen clínico de las mamas
- Comprobará si su cuello uterino, ovarios, útero, vagina y vulva tienen tamaño, forma y posición normal
- Comprobará si hay signos de infecciones de transmisión sexual (STI), cáncer y otros problemas de salud
- Realizará un examen de Papanicolaou, si es necesario
- Hablará con usted sobre el control de la natalidad y la protección contra las STI

Si no se ha realizado su examen anual de salud de la mujer, programe uno hoy mismo. Podemos ayudarla a encontrar un proveedor y a concertar citas. Llámenos.

Pautas preventivas para la salud de los adultos

Si usted es nuevo en nuestro plan de salud, deberá hacerse un examen físico inicial dentro de los primeros 90 días de inscribirse en nuestro plan. Si está embarazada, deberá hacerlo dentro de los primeros 14 días.

En la siguiente tabla se incluyen las recomendaciones publicadas por el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF); Centers for Disease Control and Prevention; American Academy of Family Physicians; American Cancer Society; American Academy of Pediatrics; American Congress of Obstetricians and Gynecologists; American Society of Clinical Oncology; National Comprehensive Cancer Network (NCCN); American Diabetes Association; y la American Optometric Association.1-13

Recomendaciones sobre visitas para exámenes de salud periódicos de adultos asintomáticos:

- **Edades: De 18 a 39 años:** Frecuencia del examen: cada 1 a 3 años (para las mujeres se indican exámenes de Papanicolaou anuales, a menos que hayan tenido 3 exámenes normales consecutivos, lo que permite realizarlos cada 3 años) (Nota: En algunos lugares, de 21 a 39 años)
- **De 40 a 64 años:** Frecuencia del examen: cada 1 a 2 años, según los factores de riesgo
- **De 65 años en adelante:** Frecuencia del examen: cada año

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
Adolescentes de 18 años en adelante **Adultos de 21 años en adelante**	Presión arterial, altura, índice de masa corporal (BMI), consumo de alcohol	Anualmente, de 18 a 21 años; después de los 21 años, cada 1 a 2 años o según la recomendación de su PCP
Adultos de 21 años en adelante, especialmente si son de alto riesgo	Colesterol	Cada 5 años (Con mayor frecuencia si está elevado)
Mujeres de 21 años en adelante	Examen de Papanicolaou y clamidia, empezando a los 16 años	Cada 1 a 3 años o según la recomendación de su PCP
Mujeres de 40 años en adelante	Mamografía	Cada 1 a 2 años

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
A partir de los 50 años	Examen de detección de cáncer colorrectal	Periódicamente, según el examen
	Examen de diagnóstico de audición	Periódicamente
Mujeres mayores de 65 años, o mayores de 60 años en riesgo	Osteoporosis (densitometría ósea)	Cada dos años o según la recomendación de su PCP
Desde los 65 años en adelante, o más jóvenes si tienen diabetes u otros factores de riesgo	Examen de la visión, incluido examen de detección de glaucoma o examen de retina diabética, según sea necesario	Cada dos años para exámenes de rutina o anualmente, si el paciente es diabético o tiene otros factores de riesgo

Inmunizaciones	
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Td/Tdap)	A partir de los 18 años de edad, Tdap: reemplazar 1 dosis única de Tdap por Td y luego reforzar con Td cada 10 años
Varicela (VZV)	Todos los adultos sin evidencia de inmunidad a la varicela deben recibir 2 dosis de la vacuna contra la varicela de antígeno simple si no se vacunaron antes, o la segunda dosis si recibieron solo 1 dosis
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	Los adultos nacidos durante o después de 1957 deben recibir de 1 a 2 dosis
Antineumocócica Polisacárida (PPSV)	A partir de los 65 años de edad, todos los adultos fumadores o con ciertas afecciones médicas crónicas, 1 dosis; pueden necesitar una segunda dosis si se identifica que están en riesgo
Gripe estacional	Todos los adultos una vez al año

Inmunizaciones	
Vacuna contra la Hepatitis A (HepA)	Todas las personas no vacunadas que prevén un contacto cercano con una persona adoptada en el extranjero o aquellas personas con determinadas conductas de alto riesgo
Vacuna contra la Hepatitis B (HepB)	Los adultos en riesgo, a partir de los 18 años – 3 dosis
Vacuna conjugada contra el Meningococo (MCV)	Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias estudiantiles que no se hayan vacunado previamente con MCV y otras personas en riesgo, a partir de los 18 años de edad, 1 dosis. Se prefiere la vacuna Antimeningocócica polisacárida para los adultos ≥56 años
Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV)**	*Para afiliados elegibles hasta los 26 años de edad (serie de tres dosis)
Zóster	A partir de los 60 años de edad – 1 dosis
Haemophilus Influenza Tipo b (Hib)	Para afiliados elegibles con alto riesgo y que no hayan recibido previamente la vacuna contra Hib (1 dosis)

Prevención

- Conversar sobre la aspirina para proteger la salud del corazón
  - Hombres: a partir de los 40 años de edad, periódicamente
  - Mujeres: a partir de los 50 años de edad, periódicamente
- Conversar sobre la importancia de los exámenes preventivos (mamografías y autoexamen de mamas para las mujeres en alto riesgo y con antecedentes familiares)
- Conversar sobre las pruebas de diagnóstico de próstata para los hombres después de los 40 años de edad

Asesoramiento:

- **Ingesta de calcio:** 1.000 mg/día (mujeres de 18 a 50 años), 1.200 a 1.500 mg/día (mujeres mayores de 50 años)

- **Ácido fólico:** 0,4 mg/día (mujeres en edad fértil); las mujeres que han tenido hijos con anomalías del tubo neural (NTD) deben tomar 4 mg/día
- **Temas diversos:** abandono del tabaco, uso de drogas/alcohol, STD/HIV, nutrición, lactancia (para mujeres embarazadas), actividad física, exposición al sol, salud oral, prevención de lesiones, listas de medicamentos y seguridad cuando se toman varios medicamentos, y directivas anticipadas

NOTAS:

[1] U.S Preventive Services Task Force (USPSTF). Recommendations on variety of topics.

[2] Centers for Disease Control and Prevention. Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention.

[3] American Academy of Family Physician. Clinical recommendations.

[4] American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer.

[5] American Academy of Pediatrics. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk.

[6] American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice (Committee Opinion 658).

[7] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 129: osteoporosis.

[8] Centers for Disease Control and Prevention. Recommended adult immunization schedule for ages 19 years or older - United States, published annually.

[9] American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement on breast cancer screening guidelines.

[10] American Society of Clinical Oncology. Clinical practice guidelines.

[11] National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guidelines.

[12] American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, publicación anual.

[13] American Optometric Association. Recommended eye examination frequency for pediatric patients and adults.

Exención de responsabilidad legal: Hable con sus médicos acerca del cuidado adecuado para usted. Este material no reemplaza el consejo de su médico. Se basa en fuentes externas. Se lo brindamos solo para su información. No implica que se trate de beneficios cubiertos por WellCare of Kentucky. Además, WellCare of Kentucky no garantiza resultados de salud. Deberá revisar su plan o llamar a Servicio de Atención al Cliente para saber si un servicio está cubierto.

*Llame al **911** o a su médico de inmediato en caso de una emergencia de salud.*

Directivas anticipadas

Llegará un momento en el que no podrá decidir sobre su propio cuidado de la salud. Un miembro de la familia u otra persona cercana a usted tendrá que tomar decisiones por usted. Si planifica desde ahora con anticipación, puede coordinar hoy que sus deseos se lleven a cabo. Una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones que usted da sobre la atención médica y mental que desea recibir en caso de que alguna vez pierda la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Es su elección hacer una directiva anticipada. Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si no puede tomar sus propias decisiones ni tiene una directiva de antemano, su médico o proveedor de servicios de salud psicológica consultará con alguien cercano a usted acerca de su cuidado. Si no desea cierto tipo de cuidado, tiene derecho a informar a su médico que no lo desea. Se recomienda encarecidamente que hable con su familia y amigos sobre sus deseos de tratamiento médico y de salud conductual. Esto ayudará a asegurar que obtenga el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decirle a su médico o a otros proveedores de salud física o conductual lo que desea. Para esto, debe completar una directiva anticipada. Este un documento legal que informa a los demás el tipo de cuidado que desearía recibir si no pudiera comunicarse por sí solo.

En Kentucky, hay tres maneras de hacer una directiva formal anticipada. Estas incluyen testamentos en vida, poderes notariales para la atención médica e instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental.

Testamento vital

En Kentucky, un testamento en vida es un documento legal que les dice a los demás que quiere morir de forma natural si:

- Se enferma de manera incurable con una afección irreversible que resultará en su muerte en un corto período de tiempo
- Está inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere la conciencia
- Tiene demencia avanzada o una afección similar que resulta en una pérdida cognitiva sustancial y es muy poco probable que se revierta la afección

En un testamento en vida, puede indicarle a su médico que no utilice ciertos tratamientos para prolongar la vida, como un respirador (llamado “respirador” o “ventilador”) o que deje de darle comida y agua a través de una sonda de alimentación.

El testamento en vida solo entrará en vigor cuando su médico y otro médico determinen que cumple con una de las condiciones especificadas en el testamento en vida. Se recomienda encarecidamente que hable de sus deseos con sus amigos, su familia y su médico ahora para que le ayuden a asegurarse de que recibe el nivel de cuidado que desea al final de su vida.

Poder notarial de cuidado de la salud:

Un poder notarial de cuidado de la salud es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de cuidado de la salud para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted cuando no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o conductuales de salud desearía y cuáles no. Debe elegir a un adulto en quien confíe como su agente de cuidado de la salud. Analice sus deseos con la gente que quiera como sus agentes antes de escribirlos.

Una vez más, siempre es útil analizar sus deseos con su familia, sus amigos y su médico. El poder notarial de cuidado de la salud entrará en vigor cuando un médico establezca por escrito que no puede tomar o comunicar sus elecciones relacionadas con la salud. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un médico realice esta determinación, la ley proporciona un proceso para que una persona que no ejerza la medicina lo haga.

Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental

Una instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental es un documento legal en el que se indica a los médicos y proveedores de salud mental qué tratamientos de salud mental desearía y cuáles no. Esto es importante si más adelante no puede decidir por sí mismo. También puede nombrar a una persona para que tome las decisiones por usted en ese momento. Su instrucción anticipada puede ser un documento único. También puede combinarlo con un poder notarial de cuidado de la salud. Un médico o un proveedor de salud mental pueden seguir una instrucción anticipada de salud mental. El médico o psicólogo elegible debe escribir y declarar que usted no puede tomar ni comunicar decisiones de salud mental.

Un adulto puede ejecutar una directiva anticipada para el tratamiento de la salud mental que incluye uno o más de los siguientes puntos:

- Rechazo de medicamentos psicotrópicos específicos, pero no de una clase entera de medicamentos psicotrópicos. Esta negativa puede deberse a factores que incluyen, entre otros, su falta de eficacia, la sensibilidad conocida al fármaco o la experiencia previa de reacciones adversas.
- Rechazo de la terapia de choque eléctrico (ECT).
- Preferencias establecidas para medicamentos psicotrópicos.
- Preferencias establecidas en relación a los procedimientos para intervenciones de emergencia.
- Entrega de información en cualquier área especificada por el otorgante.

Recuerde que la decisión es suya.

Sabemos que tomar estas decisiones puede ser difícil. Y esto significa que usted tiene que responder algunas preguntas difíciles. Estos son algunos puntos que debe tener en cuenta al redactar su directiva anticipada:

- Completar esta directiva es su decisión
- Según la ley estatal, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado médico, lo que incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico
- Si completa una directiva, no significa que desea cometer suicidio, suicidio asistido por un médico, homicidio o eutanasia (muerte piadosa)
- Si completa una directiva, no afectará nada que se base en su vida o muerte (por ejemplo, otro seguro)
- Usted debe estar en pleno uso de sus facultades para completar una
- Debe ser mayor de 18 años de edad o menor de edad emancipado (legalmente libre)
- Debe firmarla, y necesitará dos testigos que la firmen
- Después de completar una directiva, consérvela en un lugar seguro; deberá entregar una copia a alguien de su familia y a su proveedor
- Usted puede modificarla en cualquier momento

- Un cuidador tal vez no cumpla sus deseos si estos van en contra de su consciencia (si un cuidador no puede cumplir sus deseos, este podrá ayudarlo a encontrar a otra persona que pueda hacerlo); de lo contrario, sus deseos deben cumplirse
  - Si estos no se cumplen, se puede presentar una queja mediante una llamada telefónica al 1-502-595-4079, a la Oficina del Inspector General de Kentucky, División de Licencia y Regulación.

Existen lugares a los cuales puede recurrir para obtener respuestas a sus preguntas sobre las directivas anticipadas:

- Llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**)
- Hable con su PCP

Procedimientos de reclamo para afiliados

Queremos que nos informe de inmediato si tiene alguna queja o inquietud con los servicios o cuidados que recibe. En esta sección, le indicamos cómo puede informarnos estas inquietudes.

Existen dos maneras de manejarlas. Estas son las siguientes:

1. Reclamos (o quejas)

2. Apelaciones:

La ley estatal le permite expresar toda inquietud que pueda tener con nosotros. El estado también ha ayudado a establecer las normas sobre el modo de expresar dicha inquietud. Las normas incluyen lo que debemos hacer cuando recibimos una inquietud. Cuando nos comunique su queja o inquietud, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos ser justos
- No podemos cancelar su inscripción en nuestro plan
- No podemos tratarlo de manera diferente porque usted nos informa que algo no le gustó

Llevamos un registro de todas las protestas y apelaciones; esto nos ayuda a mejorar el servicio que le brindamos.

Contamos con un equipo de especialistas calificados en quejas y apelaciones responsables del procesamiento y la resolución de su reclamo o apelación. Trataremos con mayor detalle el tema de los reclamos y las apelaciones más adelante en este manual. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es el **1-877-389-9457** (TTY **711**). Nos complace ayudarlo si usted habla otro idioma o necesita esta información en un formato diferente (como letra de imprenta grande o audio).

Reclamos

Si tiene problemas con su Plan de Salud

Podrá presentar un reclamo para hacernos saber que no está conforme con nuestro plan, el cuidado, un proveedor o un beneficio/servicio. Los ejemplos de las cuestiones que podrían derivar en un reclamo incluyen:

- La calidad del cuidado que recibió
- El tiempo de espera durante las visitas al consultorio del proveedor
- La manera en que sus proveedores u otras personas se comportan
- La imposibilidad de comunicarse con alguien por teléfono
- No obtener la información que necesita
- Falta de higiene o mantenimiento en el consultorio de un proveedor
- Necesidades culturales

Los problemas que no son resueltos de inmediato por teléfono, y cualquier queja que llegue por correo electrónico, serán manejados de acuerdo a los procedimientos de quejas que se describen a continuación.

Usted o un representante autorizado por usted puede presentar un reclamo en cualquier momento. Puede ser un amigo, un familiar o un abogado. Usted debe informarnos por escrito que esta persona tiene su autorización para representarlo. Usted puede presentar un reclamo por teléfono o por escrito. Un proveedor no puede presentar un reclamo en su nombre, a menos que esté actuando como su representante autorizado.

Podrá presentar el reclamo en cualquier momento en que se produjo el problema que motivó su insatisfacción.

Si desea darse de baja del Plan, primero debe presentar una queja formal con causa ante el Plan. Puede hacerlo en cualquier momento, ya sea por escrito o llamándonos.

Llámenos al: 1-877-389-9457 (TTY **711**).
Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Escriba a: WellCare of Kentucky
Att: Appeals and Grievance Department
P.O. Box 436000
Louisville, KY 40253

Le proporcionaremos una resolución por escrito en 30 días.

Su solicitud de cancelación debe incluir:

- Nombre y apellido del miembro
- Número del Seguro Social
- Número de ID de KY Medicaid para usted y todos los miembros del hogar que soliciten la cancelación
- Su domicilio y número de teléfono actuales
- El motivo por el que solicita la cancelación de la inscripción

WellCare of Kentucky le enviará una carta de decisión.

Si su solicitud no se aprueba, se le enviará una carta en la que se explicará el motivo y cómo puede apelar la decisión ante la Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS).

La Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) revisará la solicitud de apelación de anulación por causa y tomará la decisión final. Usted y WellCare of Kentucky recibirán información de la Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) sobre el resultado.

Si no está satisfecho con la decisión de la EPB del DMS, usted, su representante autorizado, su tutor legal o el proveedor que actúa en su nombre con el consentimiento por escrito puede pedir una audiencia imparcial del estado. Tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de la carta en la que se informará acerca de la decisión de realizar una solicitud de una audiencia imparcial del estado. Debe presentar la solicitud por escrito. Consulte la sección *Audiencia imparcial del estado* en la página 133 para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado.

Nota: Un enfermero o un médico puede revisar su reclamo si se trata de un problema médico.

Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, si necesita servicios de traducción o si necesita ayuda para completar los formularios, podemos ayudarlo. No haremos las cosas más difíciles para usted ni tampoco tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.

También puede ponerse en contacto con el **Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid** para obtener ayuda con los problemas que tenga con WellCare of Kentucky, el cuidado, el proveedor o los servicios. Podrán ayudarlo con su reclamo; consulte la página 136 para obtener más información sobre el *Programa del Ombudsman*.

Si no está satisfecho con su Plan de salud: Cómo presentar un reclamo (queja)

Pasos del proceso de reclamo	
1 Cómo contactarse con nosotros	• Llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**) para informarnos de su inquietud: trataremos de solucionarla por teléfono (especialmente si se debe a que necesitamos más información). • También puede enviarnos su reclamo por correo: **WellCare of Kentucky** **Attn: Appeals and Grievance Department** **P.O. Box 436000** **Louisville, KY 40253**
2 Primera notificación que usted recibe	• Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su protesta para informarle que la recibimos y que estamos investigando sus inquietudes • Si podemos resolver el problema dentro de estos cinco días, la carta contendrá nuestra decisión
3 Segunda notificación que usted recibe	• Si no tomamos una decisión dentro de los cinco días hábiles, lo haremos dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su reclamo • Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su reclamo • Puede solicitar hasta 14 días calendario adicionales para proporcionarnos más información • También podemos solicitar 14 días calendario adicionales para tomar una decisión, si consideramos que necesitamos más información, y esto es en su beneficio

Si su reclamo se trata de la denegación de una apelación expedita, le haremos saber por escrito que la recibimos dentro de las 24 horas de haberla recibido. Revisaremos su protesta sobre la denegación de una apelación expedita y le diremos cómo la resolvimos por escrito dentro de los 5 días siguientes a la recepción de su reclamo.

Si no está satisfecho con la forma en que resolvimos su problema, puede presentar una queja ante el **Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid**. El Programa del Ombudsman puede analizar sus inquietudes y ayudarlo con su problema; consulte la página 136 para obtener más información sobre el *Programa del Ombudsman*.

Apelaciones:

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su cuidado, puede presentar una apelación:

- Si no está satisfecho con una medida que tomamos o con nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio, consulte la página 86 acerca de la *Autorización y acciones de servicio*; **puede presentar una apelación o una solicitud para que revisemos la decisión**. Tiene 60 días a partir de la fecha del aviso para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o su representante autorizado puede hacerlo por usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**) o visite **www.wellcare.com/Kentucky** si necesita ayuda para completar una apelación.
- La apelación puede realizarse por teléfono o por escrito. Si nos llama, también debe presentar su apelación por escrito para una apelación estándar. Podemos ayudarlo a completar el formulario de apelación.
- Si la revisión de la apelación se debe acelerar (se debe revisar más rápido que el plazo estándar) debido a que tiene una necesidad inmediata de servicios de salud, no es necesario realizar un seguimiento por escrito después de llamarnos.
- Usted no será maltratado ni discriminado por presentar una apelación.

- Para presentar una apelación, escriba a:

Envíe sus solicitudes de apelación por escrito aquí	
Para solicitudes de apelación por servicios **médicos**: **WellCare of Kentucky** **Attn: Appeals Department** **Appeals Department** **P.O. Box 436000** **Louisville, KY 40253**	Para solicitudes de apelación por medicamentos de **farmacia**: **WellCare of Kentucky** **Attn: Pharmacy Medication** **Appeals Department** **P.O. Box 436000** **Louisville, KY 40253**
Por fax a: **1-866-201-0657**	Por fax a: **1-888-865-6531**

- Si lo hace por teléfono, llame a Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).
- Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver su expediente del caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se utilicen para tomar una decisión sobre su caso de forma gratuita.
- Puede hacer preguntas y proporcionar cualquier información (incluidos los nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono. Tendrá un tiempo limitado para presentar información adicional en el caso de una apelación expedita.
- **Si necesita ayuda para comprender el proceso de apelaciones**, puede ponerse en contacto con el **Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid**; consulte la página 136 para obtener más información sobre el *Programa del Ombudsman*.

Usted puede presentar una apelación cuando no esté de acuerdo con una decisión que hemos tomado respecto de su cuidado. Puede apelar cualquier servicio, incluidos los servicios de EPSDT. Puede solicitar una apelación si:

- No está recibiendo el cuidado que considera cubierto por nuestro plan
- Rechazamos o limitamos un servicio o medicamento con receta que usted o su proveedor nos solicita que le proporcionemos

- Reducimos, suspendemos o interrumpimos servicios que está recibiendo, y que ya habíamos aprobado
- No pagamos por los servicios de cuidado de la salud que usted recibió
- No le ofrecemos servicios dentro del plazo establecido
- No le comunicamos una decisión sobre una apelación que ya presentó dentro del plazo establecido
- No aceptamos que usted visite a un médico que no es parte de nuestra red mientras que usted reside en una zona rural o en un área con una cantidad de médicos limitada
- Usted no acepta una denegación de responsabilidad financiera (primas, costo compartido)

Cuando se tome alguna de estas acciones, usted recibirá una carta de parte nuestra. Se llama "Notificación de determinación adversa de beneficios" o NABD. Esta le informará cómo y por qué tomamos dicha decisión. Solo tiene un nivel de apelación con el Plan.

Usted o su representante autorizado pueden presentar la apelación. (Esto incluye a su PCP o a otro proveedor).

Debemos tener su consentimiento por escrito antes de que otra persona pueda presentar una apelación en su nombre. Para permitir que otra persona actúe en su nombre, deberá completar el formulario de "Designación de representante" (AOR). Usted y la persona que elija para representarlo deben firmar el formulario AOR. Llámenos para obtener este formulario. Tenga en cuenta que un representante puede presentar una apelación en nombre de un afiliado que:

- Ha fallecido
- Es menor de edad
- Es adulto e incapaz (discapacitado)
- Ha otorgado su permiso por escrito

Su solicitud de apelación debe ser presentada ante nosotros dentro de los 60 días calendario.

Si no nos envía su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa de beneficios, su solicitud puede ser denegada.

Plazos para las apelaciones

Apelaciones estándar

- Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles a partir de la recepción de su solicitud de apelación. En ella se le informa que hemos recibido su apelación. Si podemos tomar una decisión dentro de cinco días hábiles, le enviaremos la carta con nuestra resolución final. Si no podemos tomar una decisión dentro de los cinco días hábiles, le informaremos dentro de 30 días calendario. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Apelaciones aceleradas (expeditas)

- En ocasiones usted o su proveedor desearán que nosotros tomemos una decisión más rápida respecto de su apelación. Esto puede deberse a que usted o su proveedor consideran que esperar 30 días calendario puede perjudicar gravemente su salud. De ser así, puede solicitar una apelación acelerada.
- Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben llamarnos o enviarnos un fax. Llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**). O envíenos un fax a los números que aparecen en la última sección.
- Si su apelación acelerada se presentó por teléfono, no es necesario realizar una notificación por escrito.
- Deberá solicitar a su proveedor que informe que usted necesita una apelación acelerada. Para una apelación acelerada existe un período limitado para que usted o su proveedor envíen la información. Si usted solicita una apelación acelerada sin el respaldo de su proveedor, nosotros decidiremos si esta es fundamental para su salud.

Si resolvemos que usted necesita una apelación expedita, le llamaremos para comunicarle nuestra decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Si solicita una apelación acelerada y resolvemos que no es necesaria, entonces:

- Cambiaremos el plazo de la apelación al plazo correspondiente a una resolución estándar (30 días calendario)
- Haremos lo posible para comunicarnos con usted
- Haremos un seguimiento con una carta por escrito dentro de los 2 días calendario

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o expedita sobre su apelación, nosotros:

- Le escribiremos para comunicarle qué información se necesita. Lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su propio beneficio.
- Tomaremos una decisión en no más de 14 días a partir del día en que solicitamos más información.

Si necesita más tiempo para recopilar sus documentos e información, solo pídalo. Usted, su proveedor o alguien en quien confíe pueden pedirnos que retrasemos su caso hasta que esté listo. Queremos tomar la decisión que respalde su mejor salud. Esto puede hacerse si llama al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

No se le tratará de manera diferente ni se le sancionará por presentar un reclamo o apelación. Esto también es válido para un proveedor que apoya el reclamo o la apelación de un afiliado.

Usted, su representante autorizado o proveedor pueden revisar la información que se utiliza para tomar su decisión sobre las apelaciones. Esto incluye:

- **Sus registros médicos**
- **Pautas que utilizamos**
- **Nuestras políticas y procedimientos de apelación**

Necesitaremos su permiso por escrito para que otros puedan ver esta información.

Información adicional

También tiene derecho a solicitar una copia de su archivo de apelación sin cargo o revisar su apelación durante o después de que se complete la apelación.

A continuación, aparece un resumen de los plazos que usaremos para tomar decisiones sobre las apelaciones.

Tipo de solicitud de apelación	Plazo máximo que tenemos para tomar una decisión
Apelación acelerada	72 horas o menos (si su salud lo requiere)
Apelación previa al servicio (por el cuidado que aún no ha recibido)	30 días calendario
Apelación posterior al servicio (por el cuidado que ya recibió)	30 días calendario

Si no resolvemos una apelación dentro de los 30 días calendario, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado.

Proceso de audiencia imparcial del estado

Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó en la apelación, que redujo, detuvo o limitó sus servicios después de recibir nuestra decisión sobre su apelación, puede solicitar una **audiencia imparcial del estado** (audiencia, para abreviar) a Kentucky Medicaid. Puede solicitar por escrito una audiencia imparcial del estado. Antes de que pueda pedir una audiencia, usted deberá completar nuestro proceso de apelación. También puede solicitar una audiencia imparcial del estado si no tomamos una decisión sobre la apelación dentro del plazo. Una audiencia imparcial del estado es su oportunidad de dar más información y hechos, y de hacer preguntas acerca de su decisión ante un juez administrativo. El juez de su audiencia estatal no forma parte de WellCare of Kentucky.

(Esto significa que puede solicitar una audiencia solo después de haber recibido nuestra carta con la resolución final sobre la apelación). Las audiencias se utilizan cuando se le negó un servicio o parte de un servicio.

Solo usted o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia imparcial del estado.

Un empleado estatal, llamado oficial de audiencias, está a cargo de su audiencia imparcial del estado. El oficial de audiencias le enviará una carta con la fecha y hora de su audiencia. En la carta también se le explicará el proceso de la audiencia. Si no desea hablar o no puede hablar por sí mismo, puede elegir a alguien para que hable por usted

en la audiencia. Usted puede solicitar la audiencia imparcial del estado o puede pedirle a alguien que lo haga por usted. Puede elegir a un ser querido, como un amigo, su médico, un tutor legal, un familiar o un abogado para que hable por usted. Si elige a una persona para que le haga la audiencia imparcial estatal, esa persona es su representante autorizado. Si aún no lo hizo durante la apelación, debe llenar un formulario de consentimiento para que otra persona hable por usted.

Si completó un formulario de consentimiento durante la apelación, esta persona podrá hablar por usted. Si no lo hizo, aún puede llamarnos para conseguir uno para la audiencia imparcial del estado.

Si usted solicita una audiencia, la solicitud deberá:

- Ser por escrito y especificar el motivo
- Se enviará por correo o se presentará dentro de 120 días a partir del día en que se entere de nuestra decisión sobre su apelación.
- Incluir su nombre, dirección y número de teléfono
- Indicar la fecha del servicio o el tipo de servicio rechazado
- Incluir el nombre de su proveedor
- Incluya una copia de la última carta de decisión de la apelación que recibió de nosotros.

Una audiencia imparcial del estado es un procedimiento legal. Las personas que asisten a la audiencia son:

- Usted
- Su representante autorizado (si eligió uno)
- Un representante de WellCare of Kentucky
- Un funcionario de audiencias del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia de Kentucky

También puede solicitar que se realice la audiencia por teléfono.

En la audiencia, le explicaremos por qué tomamos la decisión. Usted o su representante le dirá al funcionario de audiencias la razón por la que considera que tomamos una decisión equivocada. El funcionario de audiencias decidirá si tomamos la decisión correcta.

Para solicitar una audición imparcial del estado, debe enviar su carta a la siguiente dirección.

Department for Medicaid Services
Division of Program Quality and Outcomes
275 E. Main St. 6C-C
Frankfort, KY 40621

Si **necesita ayuda para comprender la audiencia imparcial del estado**, puede ponerse en contacto con el **Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid**; consulte la página 136 para obtener más información sobre el *Programa del Ombudsman*.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial del estado

Usted puede solicitar que continuemos cubriendo sus servicios médicos durante su apelación y/o audiencia imparcial del estado. Para hacerlo, se deben cumplir todos los criterios mencionados a continuación:

- Usted o su representante autorizado con su consentimiento por escrito debe presentarnos su apelación de manera oportuna y solicitar la continuación de sus beneficios dentro de los 10 días calendario posteriores a nuestro envío de la notificación de determinación adversa de beneficios; o
- Dentro de los 10 días calendario de la fecha de entrada en vigencia designada para la acción propuesta del plan, la fecha que sea posterior
- La apelación o la audiencia deben abordar la reducción, suspensión o interrupción de un servicio previamente autorizado
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado
- El período cubierto por la autorización original no puede haber terminado

Asegúrese de solicitar la continuación de sus beneficios dentro del plazo de 10 días desde el momento en que el plan envía la notificación de determinación adversa de beneficios. Si no lo hace, tendremos que denegar su solicitud.

Si sus beneficios continúan durante la audiencia, puede seguir recibiéndolos hasta que:

- Usted decida cancelar la audiencia

- Hayan pasado 10 días calendario después de que enviamos nuestra carta de decisión de apelación, a menos que usted solicite una audiencia con continuación de beneficios dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos esta carta.
- El funcionario de audiencias no decida a su favor
- El plazo o los límites del servicio de un servicio previamente autorizado hayan finalizado

Si la audiencia se decide a su favor, aprobaremos y pagaremos por el cuidado. Lo haremos antes de las 72 horas de la fecha en que recibamos la notificación de cambio de decisión.

Si la apelación o la audiencia no se deciden a su favor, posiblemente tenga que pagar por el cuidado que recibió durante el proceso de la audiencia.

Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid

La Oficina del Defensor es parte del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia. Esta oficina actúa como defensor del pueblo de Kentucky. Trabaja para garantizar que las personas que usen varios servicios públicos sean tratadas de manera justa.

El Programa del Ombudsman puede:

- Responder sus preguntas acerca de sus beneficios
- Ayudarlo a comprender sus derechos y responsabilidades
- Proporcionar información acerca de Medicaid y la Atención Administrada de Medicaid
- Ayudarlo a comprender un aviso que recibió
- Derivarlo a otras agencias que también puedan para ayudarlo con sus necesidades de salud
- Ayudarlo a resolver los problemas que tiene con su proveedor de cuidado de la salud o su plan de salud
- Defenderlo cuando se trate un problema o una queja que afecta el acceso al cuidado de la salud
- Proporcionar información que le ayude con su apelación, reclamo, mediación o audiencia imparcial
- Conectarlo con servicios legales si lo necesita para ayudar a resolver un problema con su cuidado de salud

Usted puede comunicarse con la oficina:

Por teléfono: **1-800-372-2973** (TTY **1-800-627-4702**)

En línea: **https://chfs.ky.gov/agencies/os/omb/Pages/default.aspx**

Correo electrónico: **CHFS.Listens@ky.gov**

Por correo postal:

Oficina del Ombudsman
Cabinet for Health and Family Services
275 E. Main St. 1E-B
Frankfort, KY 40621

Informacion
importante para el afiliado

Su membresía en WellCare of Kentucky

Esta sección le informa sobre cómo inscribirse y dejar nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llámenos. El número de teléfono sin cargo es el **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Guía de recursos

Para inscribirse o renovar su membresía en WellCare of Kentucky:

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959**, o pase por la oficina para completar una entrevista.
- También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente del DMS al **1-855-446-1245** o **1-800-635-2570**
- O llamar a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213**

Estos son algunos de los documentos que puede necesitar:

- Certificado de nacimiento original (o una copia certificada)
- Una identificación con foto (como la licencia de conducir)
- Su número de Seguro Social
- Información como su boleta de pago de sueldo, manutención infantil, detalles de su cuenta bancaria y otros seguros que pueda tener (a través de su trabajo).

Aniversario de inscripción

Usted comienza una membresía de 12 meses después de inscribirse en nuestro plan de salud o de que el estado lo haga por usted. Tiene 90 días para probar nuestros servicios y/o cambiar de plan. Al finalizar los 90 días, deberá permanecer en nuestro plan durante los próximos nueve meses. Después de esos nueve meses, puede cambiar de plan de salud si lo desea, siempre y cuando continúe siendo elegible para Medicaid. Esto se denomina "Aniversario de inscripción".

Fuera del período de su aniversario de inscripción, solo puede cambiar el plan de salud si tiene una buena razón para hacerlo. Esto se denomina tener "un motivo justificado" para cambiar el plan de salud. Los motivos justificados pueden incluir:

- Una decisión administrativa sobre una apelación
- Cláusulas dentro de una norma o ley administrativa
- Una resolución judicial
- Mudanza fuera de nuestra área de servicios

- Razones morales o religiosas
- Cuidados de calidad deficiente
- No poder recibir servicios cubiertos por nuestro plan de salud
- No poder visitar a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica
- No poder visitar a enfermeras parteras certificadas, enfermeros pediátricos especializados y enfermeros de familia especializados, si están disponibles en el área donde usted vive
- No poder consultar a especialistas en el cuidado de la salud de la mujer para los exámenes de detección de cáncer de mama, el examen de Papanicolaou y los exámenes pélvicos

Usted será notificado 60 días antes del momento en que pueda hacer un cambio. Si usted se reúne con un empleado del DCBS anticipadamente, dicha persona puede aceptar su nueva elección de plan de salud durante dicha reunión. Si usted recibe SSI, o no tiene que ir a la oficina del DCBS para renovar su elegibilidad, recibirá información por correo. Si usted no elige un plan de salud, el estado lo hará por usted.

Podemos brindarle más información o ayuda. Llámenos sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Recuerde renovar su elegibilidad

Nuevas opciones de renovación de Medicaid

Cuando se inscribió en Medicaid, ¿le dio su aprobación a Medicaid para que acceda al HUB Federal? Si lo hizo, usted es automáticamente elegible para el proceso de renovación pasiva. Si Medicaid verifica toda la información que necesita, usted no necesita tomar ninguna otra medida. Sus beneficios se renuevan automáticamente.

¿Qué pasa si el HUB no puede verificar sus ingresos o la información que ellos necesitan? Entonces deberá completar una "Solicitud de información" para la renovación.

Usted puede dar su aprobación para el acceso al HUB cuando presenta su solicitud de Medicaid. La aprobación es válida por un máximo de 5 años. También se puede actualizar a través del sitio web de Kynect en **www.kynect.ky.gov**.

RENOVACIÓN PASIVA: Cuando usted permite que Medicaid realice verificaciones de datos continuas de fuentes de datos confiables como el HUB, su cobertura de salud puede ser recertificada automáticamente.

RENOVACIÓN ACTIVA: ¿Qué sucede si usted no aprueba el acceso al HUB? Entonces usted deberá completar el proceso de renovación en el DCBS. Puede hacerlo mediante la devolución de un formulario de renovación completo, mediante entrevista o por teléfono.

Es importante que nos informe a nosotros y al DCBS cuando se mude. De esa manera, su formulario de revisión de Medicaid es enviado a la dirección correcta.
Asegúrese de completar este formulario. Y hágalo rápido.
Si no lo hace, sus beneficios de WellCare of Kentucky podrían caducar.

Si tiene alguna pregunta sobre la renovación de su elegibilidad para Medicaid, puede llamarnos al **1-877-389-9457** (TTY **711**). O puede llamar a su especialista de Atención Administrada de Medicaid al **1-855-306-8959**.

Reincorporación

Si pierde su elegibilidad para Medicaid y la recupera dentro de un plazo de 60 días, el Estado lo inscribirá nuevamente en nuestro plan. Le enviaremos una carta dentro de los 10 días después de que vuelva a ser afiliado. Puede elegir el mismo PCP que tenía antes o elegir uno diferente.

Traslado entre las regiones de servicios de WellCare of Kentucky

WellCare of Kentucky se ofrece en todas las regiones de Kentucky. Si usted se muda a otra parte del estado, llámenos. Lo ayudaremos a encontrar un nuevo PCP cercano a su nuevo hogar.

Cancelación de la inscripción

1. **Si USTED desea abandonar el plan de salud (cancelación voluntaria)**
   - Durante sus primeros 90 días en el plan, puede solicitar la cancelación de su membresía en WellCare of Kentucky y cambiar a otro plan de salud. Puede hacerlo sin motivo alguno. Esto significa que no necesita una causa justificada para cancelar la inscripción. Llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**).
   - Dejar WellCare of Kentucky y cambiarse a otro plan de salud no afectará su situación en Medicaid. En su lugar, obtendrá los beneficios de Medicaid de un nuevo plan de salud.

- Incluso puede presentar un reclamo o una apelación aunque haya dejado nuestro plan.
- Si desea abandonar WellCare of Kentucky en cualquier otro momento, puede hacerlo solo con una buena razón (buena causa). Algunos ejemplos de buena causa incluyen:
  - Usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
  - Su PCP ya no está en nuestra red.
  - No tiene acceso a los servicios cubiertos.
  - No puede acceder a un proveedor calificado para tratar a su afección médica.
- Cómo cambiar de plan
  - Puede solicitar cambiar de plan. Para cambiar de plan, debe escribir o llamar a WellCare of Kentucky o Medicaid con sus motivos para la solicitud. Si su solicitud de cambio no se ha proporcionado, puede solicitar una audiencia imparcial del estado; consulte la página 133.
    - ◇ Llamar al DCBS al **1-855-306-8959**.
  - Recibirá un aviso que el cambio se realizará antes de una fecha dada. WellCare of Kentucky le brindará el cuidado que necesita hasta ese momento.
- Si desea darse de baja del Plan, primero debe presentar una queja formal con causa ante el Plan. Puede hacerlo en cualquier momento, ya sea por escrito o llamándonos.
  - Llámenos al: **1-877-389-9457** (TTY **711**).
    Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
  - Escriba a:

    WellCare of Kentucky
    Attn: Appeals and Grievance Department
    P.O. Box 436000
    Louisville, KY 40253

  Le proporcionaremos una resolución por escrito en 30 días.
- Su solicitud de cancelación debe incluir:
  - Nombre y apellido del miembro
  - Número del Seguro Social

- Número de ID de KY Medicaid para usted y todos los miembros del hogar que soliciten la cancelación
- Su domicilio y número de teléfono actuales
- El motivo por el que solicita la cancelación de la inscripción

WellCare of Kentucky le enviará una carta de decisión.

Si su solicitud no se aprueba, se le enviará una carta en la que se explicará el motivo y cómo puede apelar la decisión ante la Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS).

La Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) revisará la solicitud de apelación de anulación por causa y tomará la decisión final. Usted y WellCare of Kentucky recibirán información de la Subdivisión de Procesamiento de Inscripciones (EPB) sobre el resultado.

Si no está satisfecho con la decisión de la EPB del DMS, usted, su representante autorizado, su tutor legal o el proveedor que actúa en su nombre con el consentimiento por escrito puede pedir una audiencia imparcial del estado. Tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de la carta en la que se informará acerca de la decisión de realizar una solicitud de una audiencia imparcial del estado. Debe presentar la solicitud por escrito. Consulte la sección *Audiencia imparcial del estado* en la página 133 para obtener más información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial del estado.

La cancelación CON causa puede producirse en cualquier momento del año si tiene un motivo específico para solicitar el cambio. Los siguientes son motivos por los que puede solicitar una cancelación con causa:

- WellCare of Kentucky no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que necesita.
- Necesita que los servicios relacionados (es decir, una cesárea y una ligadura de trompas) se realicen al mismo tiempo; no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de WellCare of Kentucky; y su médico determina que recibir los servicios por separado sería un riesgo innecesario.

Otros motivos, como la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato o la falta de acceso a proveedores con experiencia en el cuidado de sus necesidades especiales.

2. **Usted podría ser inelegible para la atención administrada de Medicaid (Cancelación involuntaria de la inscripción)**
   - Usted puede perder su membresía en WellCare of Kentucky si:
     - Pierde su elegibilidad para Medicaid
     - Se muda y no actualiza su dirección en el DCBS
     - Abandona voluntariamente nuestro plan de salud
     - Muere
     - Va a prisión
     - Se convierte en elegible para Medicare
     - Abusa o daña a los afiliados del plan de salud, proveedores o al personal.
     - Elige otro plan de salud durante su período de cambio de plan en el aniversario de inscripción y la membresía en nuestro plan de salud no tiene límite (por parte del estado).
     - Ingresa en un programa de exención
     - Entra en un centro de enfermería de cuidados a largo plazo por más de 30 días
     - No completa los formularios de manera honesta o no da información verdadera (comete fraude).
   - Usted no puede ser excluido de nuestro plan por las siguientes razones:
     - Problemas médicos que tenía antes de convertirse en nuestro afiliado
     - Falta de cumplimiento de sus citas médicas
     - Un cambio en su salud
     - La cantidad de servicios médicos que utiliza
     - Capacidad mental disminuida
     - Comportamiento poco colaborador o inapropiado debido a sus necesidades especiales (excepto cuando su membresía en nuestro plan de salud nos impide brindarle servicios a usted o a otros afiliados)

Si no es elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden detenerse. Si esto sucede, llame al DCBS al **1-855-306-8959**. También puede ponerse en contacto con el **Programa del Ombudsman de Atención Administrada de Medicaid** para conocer sus opciones de apelación; consulte la página 136 para obtener más información sobre el *Programa del Ombudsman*.

Información importante sobre WellCare of Kentucky

Aquí hablaremos sobre algunas de las cosas que hacemos "detrás de escena". Llámenos y háganos sus preguntas. Puede comunicarse con nosotros al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Estructura del plan/operaciones y forma de pago a nuestros proveedores

Posiblemente, tenga otras preguntas sobre cómo funciona nuestro plan. Preguntas como:

- ¿Cómo está compuesta nuestra compañía?
- ¿Cómo manejamos nuestro negocio?
- ¿Cómo pagamos a los proveedores que están en nuestra red?
- ¿La forma de pago a nuestros proveedores afecta la forma en que aprueban un servicio para usted?
- ¿Ofrecemos recompensas a los proveedores de nuestra red?

Si tiene alguna pregunta, llámenos y se la responderemos.

Evaluación de nueva tecnología

Todos los años analizamos la nueva tecnología. Además, observamos las maneras en que utilizamos la tecnología que ya tenemos. Lo hacemos por varias razones. Son para:

- Asegurarnos de conocer los cambios en la industria.
- Ver cómo se pueden usar las nuevas mejoras con los servicios que les brindamos a nuestros afiliados.
- Asegurarnos de que nuestros afiliados tengan un acceso justo a un cuidado seguro y efectivo.

Revisamos las siguientes áreas:

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

Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud

Mejora de la calidad y satisfacción de los afiliados

Siempre buscamos formas de mejorar la atención y el servicio para nuestros afiliados. Todos los años seleccionamos ciertas áreas para revisar su calidad. Verificamos cómo nos desempeñamos en esas áreas. También podemos verificar cómo se desempeñan nuestros proveedores en esas mismas áreas. Queremos saber si nuestros afiliados están satisfechos con la atención y los servicios que reciben.

¿Desea conocer nuestras calificaciones de calidad? Visite el sitio web de NCQA en **www.ncqa.org**.

También puede preguntar sobre el grado de satisfacción de los afiliados con nuestro plan. Además, puede hacernos comentarios o sugerencias sobre:

- Cómo nos estamos desempeñando
- Cómo podemos mejorar nuestros servicios

Para ello, visite nuestro sitio web **www.wellcare.com/Kentucky** y haga clic en "Contáctenos"

Tal vez le gustaría trabajar con un comité de afiliados en nuestro plan de salud o con Kentucky, como:

- Consejo Asesor de Miembro de Calidad de WellCare of Kentucky (QMAC)

Para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

- Escríbanos a:

WellCare of Kentucky
Attention: Quality
13551 Triton Park Blvd. #1800
Louisville, KY 40223

Asegúrese de incluir su nombre, número de teléfono y número de ID del afiliado que aparece en la tarjeta de ID.

Fraude, dispendio y abusos

Los fraudes en la atención médica provocan pérdidas por miles de millones de dólares todos los años. Esto incluye información falsa. Un afiliado o proveedor puede utilizar información falsa para recibir un servicio o beneficio que no está permitido. Si sospecha que alguien está cometiendo un fraude a Medicaid, denúncielo.

Como nuestro afiliado, tiene ciertos derechos y responsabilidades:

Aquí hay algunos ejemplos más de fraude, dispendio y abuso de afiliados y proveedores:

- Facturar un servicio más caro que el servicio prestado
- Facturar el mismo servicio más de una vez
- Facturar servicios que usted no recibió
- Falsificar el diagnóstico de un paciente para justificar pruebas, cirugías u otros procedimientos que no son médicamente necesarios
- Presentar reclamaciones por servicios o medicamentos no recibidos
- Adulterar o alterar facturas o recibos
- Presentar una declaración falsa sobre procedimientos realizados para obtener el pago de servicios no cubiertos
- Renunciar a los deducibles de los pacientes
- Utilizar la tarjeta de ID de WellCare of Kentucky de otra persona
- Compartir la tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con otra persona
- Una persona no informa todos los ingresos o de otro seguro de salud cuando solicita Medicaid

Informe de fraude, dispendio y abuso a WellCare of Kentucky

Una forma en la que puede ayudar a detener el fraude, dispendio y abuso es revisar su explicación de beneficios (EOB) cuando la recibe en su correo. Busque cualquier servicio que no haya recibido o cualquier proveedor a quien no haya visitado.

Si conoce algún fraude que se haya cometido, llame a nuestra línea directa de fraude las 24 horas del día. El número de teléfono gratuito es **1-866-685-8664**. Es confidencial. Usted puede dejar un mensaje sin indicar su nombre. Si decide dejar su número de teléfono, le devolveremos la llamada. Lo llamaremos para asegurarnos de que la información que tenemos está completa y es exacta.

También puede reportar fraudes en nuestro sitio web. Ingrese a **www.wellcare.com/Kentucky/Report-Fraud-and-Abuse**. Brindar un informe a través de Internet también es confidencial.

Informe de fraude, dispendio y abuso a Kentucky Medicaid

- Llame a la línea directa gratuita de fraude y abuso de Kentucky Medicaid al **1-800-372-2970**.
- Llame a la Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU. al **1-800-HHS-TIPS** (**1-800-447-8477**)

Ayuda adicional en su comunidad

Kentucky Medicaid ofrece otros programas a través del DCBS. Usted y/o su hijo pueden reunir los requisitos para estos programas. El DCBS trabaja con grupos comunitarios para ofrecer estos programas a usted y a su familia. Los tipos de ayuda que puede obtener incluyen:

- Guarda temporal
- Adopción
- Cuidado infantil

Otros programas que apoyan a los niños y a las familias son:

- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): cupones de alimentos
- Kentucky Works Programs (Works): empleo
- Family Alternatives Diversion Program (FAD): ayuda a corto plazo con transporte, cuidado de niños, vivienda y gastos relacionados con el empleo

Usted puede solicitar estos programas y servicios mediante un llamado o una visita a una oficina local del DCBS. Llámenos para obtener una lista de las oficinas del DCBS cercanas a usted.

Información del Servicio de Atención al Cliente

Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**) para obtener ayuda **cada vez que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), para averiguar sobre los beneficios y servicios, para obtener ayuda con las derivaciones, para reemplazar una tarjeta de ID pérdida, para informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio u otro problema que podría afectarlo a usted o a los beneficios de su familia. Podemos responder cualquier pregunta que pueda tener sobre la información de este manual.

Manténganos informados

Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-389-9457 (TTY 711) en todo momento en que ocurra alguno de estos cambios en su vida:

- Cambia su elegibilidad en Medicaid
- Tiene un bebé
- Hay un cambio en su cobertura de Medicaid para usted o para sus hijos

Si ya no recibe Medicaid, verifique con su Departamento local de Servicios Sociales. Puede inscribirse en otro programa.

Sus derechos como afiliado

Como afiliado de nuestro plan de salud, tiene derecho a:

- Recibir información sobre nuestro plan, servicios, médicos y proveedores.
- Obtener información sobre sus derechos y responsabilidades
- Conocer los nombres y los cargos de los médicos y otros proveedores de la salud que le prestan cuidado
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Confidencialidad y no discriminación
- Recibir protección de su privacidad
- Tener una oportunidad razonable para elegir a su PCP y cambiar a otro proveedor de un modo razonable

- Aceptar o rechazar el tratamiento y participar activamente en la toma de decisiones
- Decidir con su médico qué tipo de cuidado recibirá
- Hablar abiertamente sobre el cuidado que necesita para su salud, sin importar el costo o la cobertura de beneficios, sus elecciones y los riesgos involucrados (esta información se le debe entregar de un modo que usted pueda entender)
- Acceder oportunamente al cuidado que no tenga ninguna barrera de comunicación o acceso físico
- Recibir una explicación de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos y de otros tratamientos
- Saber sobre sus necesidades de cuidado de la salud después de salir del consultorio médico o de recibir el alta hospitalaria
- Rechazar cuidados médicos, siempre que acceda a asumir la responsabilidad de su decisión
- Rehusarse a participar en cualquier investigación médica
- Quejarse o apelar sobre el plan o cuidado que le suministramos; también, saber que, si lo hace, no se modificará su modo de tratamiento
- Los indígenas norteamericanos inscriptos en WellCare of Kentucky pueden recibir servicios de un proveedor de cuidados primarios o especialista I/T/U que forme parte de la red de proveedores de WellCare of Kentucky
  - "I" es un servicio de salud para comunidades indígenas
  - "T" es un programa/ centro manejado por comunidades tribales
  - "U" es una clínica de comunidades indígenas urbanas
- No ser responsable por nuestras deudas en caso de quiebra y no ser responsable por:
  - Los pagos de servicios cubiertos en virtud de un contrato, remisión u otro acuerdo, en la medida en que tales pagos sean superiores al monto que usted hubiese adeudado si nosotros hubiéramos proporcionado los servicios directamente
- Ser libres de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos de parte de su médico de conformidad con las leyes federales y estaduales aplicables; también, pedir que se modifiquen/corrijan los registros si fuese necesario

  - Las solicitudes deberán recibirse por escrito por su parte o por la persona que elija como su representante
  - Los registros se proporcionarán sin costo
  - Se enviarán dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud
- Derivación oportuna y acceso al cuidado especializado médicamente necesario
- Mantener la privacidad de sus registros médicos
- Hacer conocer sus deseos con respecto a la atención médica por medio de directivas anticipadas
- Preparar directivas médicas anticipadas de conformidad con KRS311.621 a KRS311.643
- Emitir su opinión en cuanto a nuestras políticas de derechos y responsabilidades del afiliado
- Utilizar nuestro proceso de reclamo para presentar un reclamo, recibir ayuda para presentar una apelación y obtener una audiencia de parte nuestra y/o del Departamento de Servicios de Medicaid
- Apelar decisiones médicas o administrativas mediante el uso de nuestro proceso de protestas o del Estado
- Ejercer estos derechos independientemente de su sexo, edad, raza, grupo étnico, ingresos, educación o religión
- Hacer que todo el personal del plan cumpla sus derechos
- Hacer que todos los derechos mencionados se apliquen a la persona legalmente capacitada para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud
- Recibir servicios de calidad de conformidad con el Título 42 del CFR, Secciones 438.206 a 438.210 que incluyen:
  - Facilidad de acceso
  - Normas de autorización
  - Disponibilidad
  - Cobertura
  - Cobertura fuera de la red
  - Derecho a una segunda opinión

Sus responsabilidades como afiliado

Como afiliado de nuestro plan de salud, tiene la responsabilidad de:

- Conozca sus derechos
- Suministrar información que nosotros y sus proveedores necesitamos para brindar los cuidados

- Seguir las políticas y procedimientos de Wellcare of Kentucky y del DCBS
- Aprender sobre sus cuidados y opciones de tratamiento
- Participar activamente en las decisiones de salud y cuidado personal, y practicar estilos de vida saludables
- Informar sospechas de fraude, dispendio y abuso
- Seguir los planes y las instrucciones de cuidado que haya acordado con su médico
- Comprender cuáles son sus problemas de salud
- Ayudar a establecer objetivos de tratamiento que usted y su médico acuerden mutuamente
- Leer el manual a fin de comprender cómo funciona nuestro plan de salud
- Llevar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky en todo momento
- Llevar su tarjeta de ID de Medicaid en todo momento
- Mostrar sus tarjetas de ID a cada proveedor
- Hacer citas por medio de su PCP para todo tipo de cuidado sin carácter de emergencia
- Obtener una remisión de su PCP para recibir cuidado especializado
- Cooperar con las personas que le proporcionen atención médica
- Llegar a tiempo a las citas
- Avisar al consultorio del médico en caso de que sea necesario cancelar o modificar una cita
- Respetar los derechos de todos los proveedores
- Respetar la propiedad de todos los proveedores
- Respetar los derechos de los otros pacientes
- No tener comportamiento inapropiado en el consultorio de su médico
- Conocer los medicamentos que toma, saber para qué son y cómo tomarlos correctamente
- Asegurarse de que su PCP tenga copias de todos sus registros médicos anteriores
- Informarnos dentro de las 48 horas, o tan pronto sea posible, si es admitido en un hospital o recibe cuidado en una sala de emergencias
- Ser responsable de los costos compartidos solo como se especifica en los servicios cubiertos

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Escuchar los consejos de su PCP y realizar preguntas cuando tenga dudas
- Llamar o volver a visitar a su PCP si no mejora, o pedir una segunda opinión
- Contarnos si tiene problemas con algún personal de atención médica llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**)
- Utilizar el departamento de emergencias únicamente para emergencias reales
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso si es después del horario de atención

Responsabilidad de terceros (TPL)

Debemos saber si tiene otro seguro de salud junto con Medicaid. Comuníquese con Wellcare of Kentucky si tiene otra cobertura de seguro o pierde la cobertura de otro plan. Llame al Departamento de Atención al Cliente de WellCare of Kentucky al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Cuando tiene otro seguro de salud, su proveedor siempre debe facturar primero a ese seguro de salud. Medicaid siempre es el último en el que recae la responsabilidad de pago. Esto se llama "Responsabilidad de Terceros" (TPL). Si Wellcare of Kentucky paga la factura cuando tiene otro seguro de salud, su otro seguro de salud tendrá que devolver el dinero. Si presenta una demanda o recupera gastos de cualquier otra fuente, usted o su abogado debe notificar a Wellcare of Kentucky. Si tiene preguntas sobre la TPL, llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Ejemplos de otro seguro son:

- Seguro de salud personal
- Cobertura para veteranos
- Compensación laboral
- Seguro para automóviles para cubrir lesiones debido a un accidente automovilístico
- Recuperación de los gastos de una demanda o de cualquier otra fuente debido a una lesión, enfermedad o discapacidad.
- Seguro que le paga si tiene cáncer, cardiopatías y otras discapacidades
- Pólizas de seguro de salud estudiantil
- Pólizas de seguro de salud deportiva
- Medicare

Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Su información de salud es personal. La ley HIPAA le da el derecho de controlar su Información Médica Personal (PHI). Cualquier información médica que pueda usarse para identificarlo es información médica protegida.

Cualquier persona que participe en su atención médica puede ver su PHI. Cualquier persona que maneje su información médica tiene la obligación legal de proteger su privacidad. Cualquier persona que use su PHI de manera incorrecta es responsable de eso.

La PHI se puede usar legalmente de ciertas maneras. El proveedor que lo está tratando puede ver su PHI como parte de su atención y tratamiento.

Puede decidir dejar que las personas usen su PHI si lo considera necesario. Si decide dejar que otra persona use su PHI, debe escribir una carta detallada que indique que esa persona puede usarla. Una persona debe tener una declaración por escrito para solicitar su PHI, incluso si esa persona es un cónyuge o familiar.

¿A dónde acudo si tengo preguntas?

Si tiene preguntas sobre el HIPAA y su PHI, escríbale a nuestro funcionario de privacidad.

La dirección es:

WellCare Health Plans, Inc.
Attention: Privacy Officer
P.O. Box 31386
Tampa, FL 33631-3386

Quejas:

Si cree que su PHI se ha utilizado incorrectamente, puede presentar una queja.

La dirección es:

The Secretary of Health and Human Services
Room 615F
200 Independence Ave., SW
Washington, D.C. 20201

Puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al **1-877-696-6775**.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos al **1-866-OCR-PRIV** (**866-627-7748**) o **1-866-788-4989** TTY.

La discriminación es contraria a la ley

WellCare of Kentucky cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. WellCare of Kentucky no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

WellCare of Kentucky proporciona asistencia y servicios sin cargo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)

WellCare of Kentucky proporciona servicios de idioma sin cargo a personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY: **711**). Estamos aquí para usted de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

Si usted cree que WellCare of Kentucky no le proporcionó adecuadamente estos servicios o lo ha discriminado de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja a:

EEO/Civil Rights Compliance Branch
Cabinet for Health and Family Services
Office of Human Resource Management
275 E. Main St, Mail Stop 5C-D
Frankfort, KY 40621
Teléfono: **1-502-564-7770**
Fax: **1-502-564-3129**
Email/Sitio web: **https://chfs.ky.gov/Pages/civil-rights.aspx**

Usted puede presentar una protesta en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una protesta, la EEO/División de Cumplimiento de los Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Office for Civil Rights, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F
HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

©WellCare 2019

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 **1-877-389-9457** (TTY: **711**)。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.Rufnummer: **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-389-9457** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Opmierksamkeet: Wann du Deitsch (Pennsylvania German/Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ध्यान दनिुहोस्: तपार्इंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इंको नमि्तं भाषा सहायता सेवाहरू नःिशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-877-389-9457** (TTY: **711**)।

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite **1-877-389-9457** (TTY: **711**).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-877-389-9457** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

1-877-389-9457 (TTY 711)

www.wellcare.com/Kentucky

WellCare of Kentucky
Attn: Customer Service
P.O. Box 438000
Louisville, KY 40253

WellCare®
Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

CAD_62976S State Approved 10262020
©WellCare 2020