

Manual para Afiliados de Kentucky



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.



WellCare of Kentucky...

Cuida de Usted

Bienvenido a WellCare of Kentucky. Al conectar con todos aquí, verá que lo ponemos en primer lugar. Esto significa que recibe mejor atención.

Este manual será su guía para la amplia gama de servicios de atención médica de Medicaid que están a su disposición. Si tiene preguntas acerca de su paquete de bienvenida, este manual o su plan de salud, llame al Servicio de Atención al Cliente sin cargo al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. También puede encontrarnos en nuestro sitio web en **www.wellcareky.com**. Podemos ayudarlo con todo, desde hacer una cita hasta contarle más acerca de los servicios que puede obtener con su plan de salud.

Cómo funciona Managed Care

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.

- Muchas personas reciben beneficios de atención médica a través de la *atención administrada*, que funciona como una casa central para su salud. La atención administrada ayuda a coordinar y gestionar todas sus necesidades de atención médica.
- WellCare of Kentucky tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky para satisfacer las necesidades de atención médica de personas con Kentucky Medicaid. A su vez, WellCare of Kentucky trabaja con un grupo de proveedores de atención médica para ayudarlo a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención médica domiciliaria y otras instalaciones de atención médica) conforman nuestra **red de proveedores**. Puede acceder a la lista de proveedores en nuestro directorio de proveedores. Para obtener una copia del directorio de proveedores, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar el directorio de proveedores en línea en

www.wellcareky.com. El directorio contiene información sobre las calificaciones de cada proveedor y la certificación de la junta directiva.

- Cuando usted se une a WellCare of Kentucky, nuestros proveedores están aquí para apoyarlo. La mayoría de las veces consultará a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Su PCP puede ayudarle si necesita realizarse una prueba, ver a un especialista o ir a un hospital.
- Su PCP está disponible para usted de día y de noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje. Su PCP se comunicará con usted tan pronto como pueda. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, a veces puede acudir a otros proveedores para obtener servicios sin consultar primero 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. Le informará sobre lo siguiente:

- 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 funciona nuestro proceso de protestas y apelaciones para los casos en que no esté conforme con nuestro plan de salud o con una decisión que hayamos tomado
- Cómo protegemos su privacidad

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

Cuando tenga alguna pregunta, consulte este manual, pregunte a su PCP o 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., hora del este. También puede encontrarnos en línea en www.wellcareky.com.

Si usted es nuevo en nuestro plan, esté atento a su tarjeta de identificación (ID) de WellCare of Kentucky. La recibirá por correo unos días después de recibir el paquete de bienvenida y este manual. **Conserve 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 sobre cuestiones o dudas que no sean de emergencia, llame a 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., hora del este. También puede encontrarnos en línea en **www.wellcareky.com**.
- En caso de que tenga una emergencia médica, llame al **911**.
- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda siempre que tenga una duda sobre lo siguiente:**
 - Actualizar su información de contacto, como su dirección de correo postal o número de teléfono
 - Obtener una nueva tarjeta de ID de WellCare of Kentucky
 - Elegir o cambiar su PCP
 - Concertar una cita con un proveedor
 - Beneficios y servicios
 - Obtener ayuda con derivaciones
 - Presentar una queja o una apelación
 - Sustituir una tarjeta de ID o un manual perdidos
 - Informar el nacimiento de un bebé
 - Cualquier cambio u otro problema que pueda afectar a los beneficios de usted o de su familia
 - Cualquier información contenida en este manual
- Si está embarazada o tiene intenciones, su bebé será parte de WellCare of Kentucky el día de su nacimiento. Si queda embarazada, llámenos de inmediato a nosotros y al Departamento de Servicios Comunitarios local. También podemos ayudarle a elegir un proveedor tanto para usted como para su bebé recién nacido antes de nacer.
- **Si el español no es su idioma principal (o si está leyendo esto para alguien que no lee el español), podemos brindarle ayuda.** 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. Solo llámenos. Encontraremos una manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que pueden ayudarlo. Este servicio no tiene costo.
- **Para personas con discapacidades:** si usted usa una silla de ruedas o tiene problemas para oír o entender, llámenos si necesita ayuda adicional. Si está leyendo esto para alguien que es ciego, sordociego o que tiene dificultades para ver, podemos ayudarle. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor es accesible para sillas de ruedas o tiene dispositivos especiales para comunicarse. Además, contamos con servicios como:
 - Máquina TTY. Nuestro número de teléfono para TTY es **711**.

Cuida de usted

- 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 Especiales

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 entender y al cual pueda acceder. Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse de forma eficaz con nosotros, tales como los siguientes:

- Una máquina TTY. Nuestro número de teléfono para TTY es **711**.
- Intérpretes calificados de lengua de señas estadounidense
- Información escrita en otros formatos (como braille, letra grande o audio)

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

Kentucky Medicaid cumple con las leyes federales de derechos civiles y no deja fuera ni trata a las personas de manera diferente por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si considera que WellCare of Kentucky no le proporcionó estos servicios, puede presentar un reclamo. Para presentar un reclamo o si desea obtener más información, llame a 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. Lo 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 funciona Managed Care.....3
 - Cómo usar este manual..... 4
 - Ayuda del Servicio de Atención al Cliente 5
 - Ayudas y Servicios Especiales 6
- Diccionario de WellCare of Kentucky 13**
- Importante Números de Teléfono 23**
- Su Guía de Referencia Rápida..... 25**
- Renueve su cobertura 27**
 - Revise su correo 27
 - Lo que necesita hacer para mantener su cobertura..... 27
 - Actúe rápido..... 27
 - ¡Llámenos si necesita ayuda! 28
- Cómo Comenzar con Nosotros..... 29**
 - Su Tarjeta de ID del Plan de Salud..... 29
 - Verifique su tarjeta de ID y llévela con usted en todo momento 29
- Parte I: Lo primero que debe saber 31**
 - Conozca a su Proveedor de Cuidado Primario..... 32
 - Cómo Elegir a su Proveedor de Cuidado Primario..... 32
 - Cómo cambiar su PCP..... 34
 - Cómo Recibir Atención Médica Regular..... 35
 - Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas..... 36
 - En caso de una emergencia..... 36
 - Nuestro sitio web 37
 - Conozca sus derechos y responsabilidades..... 37

Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales	38
Elegibilidad e inscripción en WellCare of Kentucky	38
SU PLAN DE SALUD	41
Principios básicos de la atención	42
Médicamente necesario.....	42
Clínicamente apropiados	42
Cómo concertar y conseguir sus citas médicas.....	43
Cómo obtener atención de especialidades – Derivaciones.....	45
Proveedores fuera de la red	46
Servicios sin una Derivación	46
Derivaciones para servicios no cubiertos por WellCare of Kentucky	47
Cuidado fuera del horario de atención	47
Emergencias	47
Cuidado de emergencia fuera del área.....	49
Atención urgente	50
Atención médica fuera de Kentucky.....	50
Parte II: Sus beneficios	53
Beneficios	54
Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky	54
Atención Médica Regular	55
Cuidado de maternidad	55
Atención hospitalaria	56
Servicios de atención médica a domicilio.....	56
Servicios de Cuidado Personal/Enfermería Privada.....	56
Cuidados de atención para pacientes terminales.....	56
Atención de la vista	56

Farmacia..... 57

Atención de emergencia 57

Atención de especialidades..... 57

Servicios de centros de convalecencia..... 57

Servicios de Salud Conductual y Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias..... 58

Servicios de transporte 59

Cómo Obtener un Transporte en Casos que No Son de Emergencia 59

Planificación familiar 60

Otros servicios cubiertos 60

Beneficios Ofrecidos por el Estado..... 60

Apoyo adicional para administrar su salud..... 61

Asistencia con problemas no relacionados con la atención médica..... 63

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable 64

 Beneficios adicionales de WellCare of Kentucky 64

 Programa Healthy Rewards..... 71

Beneficios que Puede Obtener de WellCare of Kentucky O de un Proveedor de Medicaid..... 79

 Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)..... 79

Servicios NO cubiertos..... 80

 Recepción de servicios no cubiertos..... 80

 Si recibe una factura 82

 Copago del Afiliado 82

Parte III: Procedimientos del plan 83

Autorización y acciones de servicio 84

 Autorizaciones previas (PA) 84

 Solicitud de Autorización de Servicios para Niños Menores de 21 años..... 84

Qué Sucede una Vez que Recibimos su Solicitud de Autorización de Servicios.....	85
Autorización previa y plazos.....	85
Servicios disponibles sin autorización.....	86
Gestión de Utilización (UM).....	87
Segunda opinión médica.....	87
Atención posterior a la estabilización.....	88
Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido	88
Programa de Administración del Cuidado de Maternidad WellCare BabySteps.....	89
Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido.....	89
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).....	93
Servicios dentales	93
Atención de la salud conductual.....	94
Línea para crisis de salud conductual las 24 horas.....	95
Qué hacer en un caso de emergencia de salud conductual o si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan.....	95
Limitaciones y exclusiones de la salud conductual	95
Medicamentos con Receta.....	96
Lista de medicamentos preferidos	96
Otros medicamentos que puede obtener en la farmacia.....	97
Limitación de farmacia	97
Telehealth.....	98
Registro Seguro del Portal para Miembros.....	98
Aplicación para móvil MyWellCare.....	100
Cuidado a largo plazo.....	101
Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o Proveedores (Transición de la Atención).....	101
Planificación de su cuidado.....	102

Salud preventiva	102
Pautas preventivas para la salud pediátrica (recién nacidos hasta 21 años de edad).....	103
Para Niños con Asma	110
Para Niños con Diabetes	110
Examen Anual de Salud Reproductiva.....	111
Pautas preventivas para la salud de los adultos.....	112
Prevención.....	114
Asesoramiento.....	114
Directivas anticipadas.....	115
Testamento vital.....	116
Poder Notarial para la Atención Médica.....	116
Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental	117
Procedimientos de protestas para Afiliados	118
Protestas.....	119
Si No Está Conforme con su Plan de Salud: Cómo Presentar una Protesta (Queja)	121
Apelaciones.....	122
Plazos para las Apelaciones	124
Apelaciones estándar	124
Revisión acelerada (rápida).....	124
Información adicional	126
Proceso de audiencia imparcial del estado	126
Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial del estado.....	127
Programa Medicaid Managed Care Ombudsman.....	128
Importante Información del afiliado.....	131

Su Membresía en WellCare of Kentucky	132
Inscripción	132
Aniversario de inscripción.....	132
Recuerde renovar su elegibilidad.....	133
Reincorporación.....	134
Traslado entre las regiones de servicios de WellCare of Kentucky.....	134
Cancelación de inscripción.....	134
Información Importante sobre WellCare of Kentucky	137
Estructura del plan/operaciones y forma de pago a nuestros proveedores	137
Evaluación de nueva tecnología.....	138
Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan	138
Fraude, Dispensio y Abusos	139
Informe de fraude, desperdicio y abuso a WellCare of Kentucky	139
Informe de Fraude, Dispensio y Abusos a Kentucky Medicaid	140
Ayuda adicional en su comunidad	140
Manténganos informados	141
Sus Derechos como Afiliado	141
Sus Responsabilidades como Afiliado	143
Responsabilidad de terceros (TPL)	145
Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)	145
¿A dónde acudo si tengo preguntas?	146
Quejas.....	146
La discriminación es contraria a la ley	147

Diccionario de WellCare of Kentucky

Cuando lea este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las utilizamos.

Palabras/Frases

Directiva Anticipada: Un documento legal, como un testamento, en el que se 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 puede tomar para reducir, detener o restringir sus servicios de atención médica.

Apelación: Una solicitud que usted hace al plan de salud para revisar una decisión que el plan tomó para negar, cortar o detener los servicios de atención médica.

Representante Autorizado: Una persona de confianza (familiar, amigo, proveedor o abogado) a quien usted permite hablar por usted en relación con sus beneficios, inscripción o reclamos de Medicaid.

Atención de la Salud Conductual: Servicios de tratamiento y recuperación de la salud mental (bienestar emocional, psicológico y social), de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y de rehabilitación.

Beneficios: Conjunto de servicios de atención médica que cubre su plan de salud.

Administrador de Cuidados: Un profesional especialmente capacitado que trabaja con usted y sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Reclamo: Proceso por el cual usted nos informa que no está conforme con nuestro plan de salud, un proveedor o los servicios. (Igual que *Protesta*)

Palabras/Frases

Copago: El monto de dinero que usted puede tener que pagar por una consulta al proveedor, un servicio o la receta de un medicamento. Also called a copay.

Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS): Se encarga de renovar 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): Compra servicios de atención médica y otros servicios para personas que son elegibles para estar en Medicaid.

Cancelación de Inscripción: Es cuando usted ya no desea ser parte de nuestro plan de salud, e incluye los pasos a seguir para dejar WellCare of Kentucky (voluntariamente). Cuando Kentucky Medicaid indica que usted ya no puede ser parte de nuestro plan de salud (involuntaria).

Doble elegibilidad: Usted es elegible para Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero (DME): Ciertos elementos (como un andador o una silla de ruedas) que su proveedor puede solicitar para que usted los utilice si padece una enfermedad o tiene una lesión.

Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT): Un programa que es para la atención médica preventiva y los controles de niño sano para niños menores de 21 años.

Emergencia: Una afección médica grave que debe ser tratada de inmediato.

Palabras/Frases

Afección Médica de Emergencia: Es una situación en la que su vida podría estar en peligro o en la que podría verse dañado de forma permanente si no recibe atención inmediata. Algunos ejemplos son dolor intenso, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular, o huesos rotos. Si no recibe atención médica, puede causar lo siguiente:

1. Poner en grave peligro la salud de la persona o de su hijo por nacer;
2. Ocasionar daños graves a las funciones corporales;
3. Causarle daños graves a usted u otras personas debido a la emergencia por abuso de alcohol o de drogas;
4. Causarle lesiones a usted o a otras personas; o
5. Con respecto a una persona embarazada que tiene contracciones:
 - No hay tiempo suficiente para un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o
 - Ese traslado puede amenazar la salud o la seguridad de la persona o su hijo nonato.

Transporte Médico de Emergencia: Traslado en ambulancia al hospital o la instalación médica que se encuentra más cerca para tratar una afección médica de emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: Atención 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 Ambiental: Cambios en su hogar para ayudarle a mantenerse sano. Estos cambios le ayudan a vivir de forma segura por su cuenta en casa.

Afiliado: Usted o alguien que se ha inscrito en nuestro plan de salud y que tiene atención administrada de Medicaid.

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

Palabras/Frases

Federal HUB (el HUB): Comprueba la información para determinar la elegibilidad en ciertos planes y programas de salud. Se conecta a fuentes de datos federales que verifican la información de solicitud del consumidor, incluidos los ingresos, la ciudadanía, el estatus migratorio y el acceso a cobertura esencial mínima.

Genérico: Un medicamento que tiene los mismos ingredientes básicos que un medicamento de marca.

Protesta: Cuando usted nos informa que no está conforme con nuestro plan, un proveedor o los servicios. (Igual que *Queja*)

Servicios y Dispositivos de Habilitación: Servicios y terapias que ayudan a una persona con discapacidades a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Los servicios y dispositivos de habilitación pueden ser tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Seguro de salud: Un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y relacionados con la salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Plan de Salud (o Plan): La empresa que le brinda su seguro de salud.

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 la *Atención Administrada*).

Atención Médica Domiciliaria: Servicios de atención médica que se ofrecen en su hogar, como visitas de la enfermera o fisioterapia.

Servicios de Cuidados Paliativos: Servicios especiales para pacientes y sus familias durante las etapas finales de la enfermedad (seis o menos meses, según lo determine su proveedor) y después de la muerte. Los servicios de cuidados paliativos incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales para los pacientes con enfermedades terminales y sus familias o cuidadores.

Palabras/Frases

Hospitalización: Ingreso en un hospital para tratamiento que generalmente requiere una estadía de una noche.

Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: Atención en un hospital en el que, generalmente, no necesita quedarse a pasar la noche.

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

Vacunas: 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.

Programa de Limitación de Farmacia: El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y sus necesidades de atención médica.

Atención Médica a Largo Plazo: Para Afiliados de edad avanzada o con discapacidad en el hogar, la comunidad, un centro o una institución.

MCO (Managed Care Organization, Organización de Cuidado Administrado): Una HMO o aseguradora que tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. (Igual que una *HMO* y la *Atención Administrada*).

Atención Administrada: Una forma organizada para que los proveedores trabajen juntos para coordinar y gestionar todas sus necesidades médicas. (Igual que una *HMO* y una *Organización de Cuidado Administrado, MCO*).

Palabras/Frases

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

Medicamento Necesario: Servicios médicos o tratamientos que usted necesita para estar mejor y mantenerse saludable.

Red (o Red de Proveedores): Una lista completa de los proveedores, hospitales, farmacias y otros profesionales de la salud que tienen un contrato con nuestro plan de salud para ofrecer servicios de atención médica a los Afiliados.

Transporte Médico que No es de Emergencia: Transporte que su plan puede arreglar para ayudarle a llegar y volver de sus citas. Este tipo de transporte incluye vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses, transportes en zonas montañosas y transporte público.

Proveedor No Participante: Un proveedor, hospital u otro centro con licencia o proveedor de atención médica que no haya firmado un contrato con su plan de salud.

Paciente Ambulatorio: Alguien que es tratado en un centro médico, pero que no es admitido como paciente internado.

De Venta Libre (OTC): Artículos de salud que usted puede obtener sin una receta de un proveedor. Algunos artículos incluyen vitaminas, medicamentos y pañales. Le ofrecemos algunos artículos de venta libre sin cargo. Son enviados directamente a su hogar cada mes.

Proveedor Participante: Un proveedor, hospital o centro con licencia o proveedor de atención médica que ha firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicio a los Afiliados.

Red de Farmacias: Un grupo de farmacias que los Afiliados pueden utilizar.

Servicios Médicos: Servicios de atención médica proporcionados o coordinados por un Médico con Licencia (M.D.) o Médico de Medicina Osteopática (D.O.).

Palabras/Frases

Plan (o Plan de Salud): La empresa que le brinda la cobertura de su seguro de salud.

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

Autorización Previa: Cuando necesitamos aprobar atención médica o recetas antes de que usted las reciba. También se denomina *autorización anticipada*.

Lista de Medicamentos Preferidos (PDL): Una lista de medicamentos armada por proveedores 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.

Medicamentos Recetados: Un medicamento que, por ley, requiere que un proveedor lo prescriba.

Cobertura de Medicamentos Recetados: Cubre todo o parte del costo de los medicamentos recetados.

Proveedor de cuidado primario (PCP): Proveedor que se encarga de todas sus necesidades médicas y las coordina. Normalmente, su PCP es la primera persona con la que debe comunicarse si necesita recibir atención médica. Su PCP suele estar en la práctica general, la práctica familiar, la medicina interna, la pediatría o un obstetra/ginecólogo (obstetricia y ginecología).

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

Directorio de Proveedores: Lista de proveedores participantes en la red de su plan de salud.

Palabras/Frases

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

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

Servicios: Atención médica que cubrimos.

Cuidados de Enfermería Especializada: Servicios de enfermeras licenciadas en su hogar o en un hogar de enfermería que proporcionan la atención adecuada a personas que:

- Necesitan ayuda con las actividades normales de la vida diaria las 24 horas del día.
- Necesita atención proporcionada 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 proveedor que está entrenado y practica en un área especial de la medicina tal como la cardiología (cardiólogo) u oftalmología (oftalmólogo).

Audiencia Imparcial del Estado: Una manera en que usted puede presentar su caso ante un juez de derecho administrativo si no está satisfecho con una decisión que su plan de salud haya tomado y que limitó o detuvo sus servicios después de su apelación.

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 drogas legales o ilegales de manera incorrecta.

Palabras/Frases

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

Tratamiento: cuidado que usted recibe de proveedores y centros.

TTY: Un número de teléfono para llamar si tiene problemas para escuchar o hablar.

Atención Urgente: Atención médica para una enfermedad o lesión repentina que usted necesita antes que una visita de rutina a su PCP, pero que no causará daños graves a su salud y no se considera una emergencia. Puede recibir atención urgente en una clínica sin cita previa para tratar una enfermedad o lesión que no pone en riesgo su vida (como casos de gripe o esguince de tobillo).

Mujeres, Bebés y Niños (WIC): Un programa de nutrición que trabaja con mujeres, bebés y niños.



Importante

Números de Teléfono

WellCare of Kentucky	
Servicio de Atención al Cliente	1-877-389-9457 De lunes a viernes de de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este
Los usuarios de TTY	711
Línea de asesoramiento de enfermería disponible 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
Vista	1-855-776-9466
Dental: Avesis	1-855-806-5641
Para Informar Fraude, Dispendio y Abusos con WellCare of Kentucky; línea directa contra el fraude las 24 horas	1-866-685-8664

Números de Teléfono Importantes

Estado de Kentucky (continuación)	
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
Servicios de Transporte para Casos que No Son de Emergencia de Kentucky Medicaid	1-888-941-7433
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) del estado de Kentucky, Servicio de Atención al Cliente	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 1-877-597-2331 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 Medicaid Managed Care Ombudsman	1-800-372-2973 TTY 1-800-627-4702
Oficina del Fiscal 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
Kentucky Children's Health Insurance Plan (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:
Buscar un proveedor, especialista o servicio de atención médica	Mi PCP. Si necesita ayuda para escoger a su PCP, llame a Servicio de Atención al Cliente, al 1-877-389-9457 (TTY 711) . De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este.
Adquirir 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 de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este.
Realizar un mejor seguimiento de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o mi plan de salud.
Obtener ayuda para ir a mis citas médicas y volver	Servicio de Atención al Cliente en mi 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 se encuentra en peligro o necesita recibir atención médica inmediata. Línea para Crisis de Salud Conductual en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-855-661-6973 .
Recibir respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de Asesoramiento de Enfermería, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hable con su PCP. Línea de Asesoramiento de Enfermería: 1-800-919-8807 , las 24 horas.
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender una carta o notificación que recibí por correo sobre mi plan de salud • Presentar una queja sobre mi plan de salud • Obtener ayuda con un cambio o denegación reciente de mis servicios de atención médica 	Servicio de Atención al Cliente al 1-877-389-9457 (TTY: 711) , de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este, o el Programa Medicaid Managed Care Ombudsman, llamada sin costo al 1-800-372-2973 . También puede encontrar más información sobre el Programa Ombudsman en este manual.

Guía de Referencia Rápida

Quiero:	Puedo comunicarme con:
Actualizar mi dirección	Llame al DCBS al 1-855-306-8959 o visite una oficina local Actualice 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
Encontrar el directorio de proveedores de atención médica de mi plan u otra información general sobre mi plan	www.wellcareky.com

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 esté listo para la renovación, el Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) de Kentucky le enviará por correo un recordatorio de “Notificación de Entrevista de Renovación” o una carta de solicitud de información.

Lo que necesita hacer para mantener su cobertura

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o pase por la oficina para completar 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 ver si califica y responda preguntas sobre usted y su hogar.
 - Llame al Servicio de Atención al Cliente del DMS al **1-855-446-1245** o **1-800-635-2570**.
 - Llame 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 reciba su documentación, ¡mejor! Si su documentación firmada llegara tarde, es posible que tenga que volver a solicitarla y comenzar el proceso nuevamente.

Renueve su Cobertura

¡Llámenos si necesita ayuda!

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad o si necesita ayuda, 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., 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 con usted 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 cinco días de haberse inscrito en nuestro plan de salud. Utilizamos la dirección postal registrada en su Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) local.

Cuando reciba su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky, revísela. Debe asegurarse de que la información que contiene es correcta. En esta, encontrará:

- Nombre
- Su número de ID de WellCare of Kentucky
- Su número de ID de Medicaid
- Nombre, dirección y teléfono del Proveedor de Cuidado Primario (PCP)
- Fecha de entrada en vigencia (fecha en que se inscribió en nuestro plan)

También encontrará información sobre cómo comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Si algo está mal en su tarjeta de ID, llámenos al **1-877-389-9457 (TTY 711)** de inmediato.

Cómo Comenzar con Nosotros

Su nombre

Su número de identificación de WellCare of Kentucky

La fecha de inicio de su membresía de WellCare of Kentucky

Nuestro sitio web

Cómo comunicarse con nosotros

Su identificación de Kentucky Medicaid

Información que su PCP y otros proveedores necesitan para facturar correctamente su atención/servicios

Información de contacto de su PCP

WellCare
Beyond Healthcare. A Better You.

Enrollee: **Sample A Sample**
Enrollee ID: **98765432**
Plan Name: **Family Choices**
Effective Date: **2/1/2021**
Primary Care Provider (PCP): **Sally Stevens**
PCP Phone: **1-910-123-4567**

Medicaid #: **4567890C**
Date of Birth: **6/27/1978**

RxBIN: **023880**
RxPCN: **KYPROD1**
RxGRP: **KYM01**

www.wellcareky.com
WellCare of Kentucky P.O. Box 438000 Louisville, KY 40253

Customer Service: **1-877-389-9457 / TTY: 711**
Pharmacy Help Desk (Enrollee/Provider 24x7): **1-800-210-7628**
Pharmacy Prior Authorization Mon-Fri 8AM-7PM EST: **1-844-336-2676**
Provider Service: **1-877-389-9457**
24-Hour Nurse Advice Line: **1-800-919-8807**
24-Hour Behavioral Health Crisis Hotline: **1-855-661-6973**
Behavioral Health Customer Service: **1-855-620-1861**
Vision: **1-855-776-9466**
Dental: **1-855-806-5641**

Medical Claims: WellCare Health Plans P.O. Box 31224 Tampa, FL 33631-3224

For emergencies, call 911 or go to the nearest ER.
Contact your primary care provider (PCP) as soon as possible.

Recuerde conservar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con usted en todo momento. Deberá mostrarla siempre que reciba atención.



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 recibe una carta o un mensaje de voz de un proveedor que le pide su información sobre el seguro o plan de salud, llame de inmediato. Proporcione la información del Afiliado de WellCare of Kentucky en su tarjeta de ID.

Si pierde su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky, si no la recibe o si se la roban, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es **1-877-389-9457** (TTY **711**). Le enviaremos otra. También puede visitar **www.wellcareky.com** para obtener una nueva tarjeta de ID, acceder a su tarjeta de ID en línea o enviarla por correo electrónico mediante la aplicación MyWellCare de su teléfono inteligente. Si encuentra su tarjeta de identificación de WellCare of Kentucky después de haber solicitado una nueva, destruya la tarjeta de ID 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

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es su socio en la salud. Puede ser un médico, un enfermero practicante, un asistente médico u otro tipo de proveedor que cuidará su salud. Se encargará de manejar sus necesidades y le ayudarán a obtener derivaciones para servicios especiales si usted los necesita. Esto incluye:

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

Los PCP de nuestra red están capacitados en especialidades como:

- Medicina familiar e interna
- Medicina general
- Medicina geriátrica
- Pediatría
- Obstetricia/ginecología (OBG/GYN)
- Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (APRN)

Cómo Elegir a su Proveedor de Cuidado Primario

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

Si no eligió un PCP antes de inscribirse a nuestro plan, nosotros podemos elegirle uno. Tomaremos esta decisión en función de lo siguiente:

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

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

Cuando seleccione 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 su idioma
- Tenga una oficina a la que es fácil llegar

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 inscrito en **WellCare of Kentucky** (dependiendo de 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 a Servicio de Atención al Cliente, al **1-877-389-9457** (TTY **711**) para recibir ayuda con la elección de un PCP que sea adecuado para usted y su familia.

Puede encontrar una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades asociadas con WellCare of Kentucky en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web para ver el directorio de proveedores en línea en cualquier momento. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener una copia del directorio de proveedores.

- Las mujeres inscritas pueden elegir a un obstetra/ginecólogo como PCP para la atención médica preventiva y de rutina. No necesita una derivación del PCP para ver a un médico obstetra/ginecólogo.
- Las personas inscritas que están embarazadas pueden someterse a revisiones de rutina, atención regular y atención de seguimiento si es necesario durante su embarazo.
- Si padece una afección médica compleja o tiene una necesidad de atención médica especial, puede escoger a un especialista para que actúe como su PCP, si se cumple con lo siguiente:
 - 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 lo 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.

Parte I: Lo Primero que Debe Saber

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

El nombre y la información de contacto de su PCP están impresos en su tarjeta de ID. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Solo llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**). También puede hacer un cambio a través de nuestro sitio web en **www.wellcareky.com**.

Algunos motivos para cambiar su PCP podrían ser los siguientes:

- No está de acuerdo con el plan de tratamiento
- Su PCP se muda a un lugar que no es conveniente para usted
- Tiene problemas para hablar con su PCP debido a una barrera idiomática o a otro problema
- Su PCP no es capaz de cubrir sus necesidades especiales

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

1. Herramienta “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor):

- Visite **www.wellcareky.com/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:

- Enumera a los proveedores por condado y especialidad
- Solicítenos que le enviemos uno por correo sin costo
- Busque una copia en línea en **www.wellcareky.com**

3. Llámenos:

- Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor e incluso concertar su primera cita por teléfono

Los cambios de PCP efectuados entre el 1.º y el 10.º día del mes entrarán en vigencia de inmediato. Los cambios realizados después del día 10 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Una vez hecho el cambio, le enviaremos una nueva tarjeta de ID de WellCare of Kentucky que contiene su nuevo PCP.

Es posible que no tenga que seleccionar un PCP si:

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

Un PCP puede optar por no atenderlo si considera que no es capaz de satisfacer sus necesidades de atención médica. Si esto sucede, usted puede elegir un nuevo PCP o le asignaremos uno. Llame al **1-877-389-9457 (TTY 711)** para solicitar ayuda.

Cómo Recibir Atención Médica Regular

- “Atención médica regular” significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerse bien, asesoramiento y derivaciones al hospital o especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajan en conjunto para mantenerlo bien 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 cuando sea que tenga una pregunta o duda médica. Si llama fuera del horario de atención o el fin de semana, deje un mensaje. Su PCP lo llamará tan pronto como sea posible. Recuerde que 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 asistir a una cita médica, llame e informe a su PCP.
- **Programe su primera cita médica periódica.** Tan pronto como usted elige o se le asigna un PCP, aconsejamos a todos los nuevos inscritos a hacer una primera cita con su PCP dentro de los primeros 90 días, incluso si no están enfermos. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y a sus necesidades de atención médica. Su PCP necesitará saber tanto de su antecedentes médicos como sea posible, así que asegúrese de obtener sus expedientes médicos de cualquier proveedor 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. Traiga a su cita todos 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 al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Nos complacerá ayudarlo.
- **Si necesita recibir atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle su duda. Su PCP le dará una cita antes. De todas maneras, debe mantener su primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Contamos con enfermeros para atender su llamada las 24 horas, todos los días, sin costo para usted. Llame a un enfermero cuando no esté seguro de cómo manejar un problema de salud. Uno de nuestros enfermeros lo ayudará a decidir qué tipo de atención necesita.

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. Proporcione 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 proveedor 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 PCP o ir al hospital. Sin embargo, 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**
- Llamar al **911**
- Diríjase a la sala de emergencias más cercana



Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas Número sin cargo: **1-800-919-8807 (TTY: 711)**

Nuestro sitio web

Tal vez pueda encontrar respuestas a sus preguntas en nuestro sitio web. Ingrese a www.wellcareky.com para obtener información sobre lo siguiente:

- Su Manual
- Cómo buscar un proveedor con la herramienta de búsqueda “Find a Provider” (Encontrar un Proveedor)
- Sus derechos y obligaciones como afiliado
- Boletines informativos



Visite nuestro sitio web:
www.wellcareky.com

En nuestro sitio web usted también puede:

- Encontrar un medicamento con el uso de nuestra herramienta “Drug Search” (Buscar una Farmacia)
- 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
- Encontrar enlaces para ayudarle a aprender sobre las afecciones de salud conductual

Recuerde también cambiar su dirección y número de teléfono con las agencias estatales

- 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.

Nuevas Formas de Gestionar sus Registros de Salud Digitales

El 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada la Norma de Interoperabilidad y Acceso a Pacientes (CMS 9115 F) entró en vigor. Esta norma facilita a los Afiliados la obtención de sus registros de salud cuando más los necesitan.

Ahora dispone de acceso completo a sus registros de salud en su dispositivo móvil, como su teléfono inteligente, lo que le permite gestionar mejor su salud y saber qué recursos tiene a su disposición.

Imagínese...

- Ir a un nuevo proveedor porque usted no se siente bien, y ese proveedor es capaz de obtener la historia clínica de los últimos cinco años
- Utilizar un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista
- Tener acceso a su historia clínica para que un proveedor o especialista pueda diagnosticarlo rápidamente y asegurarse de que recibe la mejor atención
- Ver si su reclamación se ha pagado, denegado o se está procesando desde su computadora
- Poder llevar su historia clínica con usted cuando cambie de plan de salud*

**En 2022, los Afiliados pueden comenzar a solicitar que sus registros de salud vayan con ellos si cambian de plan de salud.*

Además, la nueva norma facilita la búsqueda de información** sobre:

- reclamaciones (pagadas y denegadas)
- cobertura de medicamentos de farmacia
- partes específicas de su información clínica
- proveedores de atención médica

***Puede obtener información sobre las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.*

Para obtener más información, visite su cuenta de Afiliado en línea.

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 pueda 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 actualizar las direcciones. Esta es una persona que usted decide que actúe en su nombre, como un miembro de su familia u otra persona de confianza.

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o visite una oficina local
- Actualice 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

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 una nueva casa
- 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
- Actualice 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 atención médica 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 la atención que es *médicamente necesaria* y *clínicamente apropiada*. Esto es lo que significan esos términos.

Médicamente necesario

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

- Ser adecuados para su condición médica
- Ser aceptados por la mayoría de los médicos
- No ser por conveniencia
- Ser en la cantidad correcta, estar en el lugar y en el 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 Áreas		
Tipo de proveedor	Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona URBANA dentro de los siguientes límites:	Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona que no sea URBANA dentro de los siguientes límites:
PCP	30 minutos o 30 millas	35 minutos o 35 millas
Hospitales	30 minutos o 30 millas	
Proveedores de salud conductual	30 minutos o 30 millas	45 minutos o 45 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 proveedores de nuestra red están obligados a ofrecerle el mismo horario de atención que a los pacientes con otro seguro.

Es importante que usted pueda conseguir una cita dentro de una cantidad razonable de tiempo. 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, que muestra las horas de cada tipo de atención médica y cuánto tiempo puede tener que esperar para ser atendido. Tenga en cuenta estos plazos al concertar sus citas.

Guía de citas

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
Asistencia médica	Atención de emergencia o urgente solicitada fuera del horario de atención habitual	Inmediatamente (tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (no se requiere autorización previa para los servicios de emergencia)
	Servicios de Atención de Urgencia (cuidado de problemas como esguinces, síntomas de gripe o pequeños cortes y heridas)	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
	Cuidado de seguimiento después de una 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

Guía de citas

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
Salud Conductual y Trastorno por Consumo de Sustancias	Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección que pone en riesgo la vida)	Inmediatamente (tanto dentro como fuera de nuestra área de servicio), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (no se requiere autorización previa para los servicios de emergencia)
	Servicios de atención urgente	Dentro de las 48 horas (2 días) de su solicitud
	Servicios de rutina	Dentro de los 30 días de su solicitud
	Servicios de evaluación móvil para situaciones de crisis	En un plazo de 30 minutos

Si tiene dificultades para recibir la atención que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Cómo obtener atención de especialidades – Derivaciones

- Cuando necesite cuidado regular, llame a su PCP. Lo enviará a ver a un especialista para los servicios cubiertos que su PCP no ofrece. Un especialista es un proveedor que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un médico cardiólogo o un cirujano). Si su PCP lo deriva a otro proveedor, nosotros pagaremos su atención. 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 proveedor de nuestra red, sin una derivación. Esto incluye especialistas. Sin embargo, algunos proveedores pueden solicitarle la derivación 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 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 solicitar que nosotros aprobemos antes de que los paguemos. Su PCP le podrá decir cuáles son estos tratamientos y servicios.
- Si tiene problemas para que le realicen la derivación que cree que necesita, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.
- Si no tenemos un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, pueden derivarlo a un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina **derivación fuera de la red**. Su PCP u otro proveedor de la red debe solicitar aprobación antes de que le brinden una derivación fuera de la red.
- En ocasiones, podemos no aprobar su derivación fuera de la red si tenemos un proveedor en nuestra red que pueda tratarlo. Si no está de acuerdo con la decisión de WellCare of Kentucky, puede presentar una apelación. Consulte la página 121 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 con nuestro proveedor. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Consulte la página 121 para averiguar cómo.

Si padece una afección médica compleja o tiene una necesidad de atención médica especial, puede escoger a un especialista para que actúe como su PCP. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores, trabajaremos con su PCP para obtener la atención que necesita. A veces esto significa ver a un especialista fuera de nuestro plan, o a un **proveedor fuera de la red**. Para obtener ayuda y más información acerca de cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457 (TTY 711)**.

Servicios sin una Derivación

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

- Atención primaria de la visión
- Atención primaria dental
- Planificación familiar
- Cuidado de maternidad
- Atención médica para mujeres
- Servicios de detección para niños y servicios del departamento de salud local

- Detección, evaluación y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de VIH, enfermedades 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 el consultorio de un proveedor (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 ayudar con la derivación 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**. También puede llamar a su PCP y dejar un mensaje. El número de teléfono de su PCP está en su tarjeta de ID.

El consultorio de su PCP tendrá alguien de guardia. Un proveedor de guardia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. El proveedor de guardia lo llamará y le dirá qué hacer. Usted puede ir a un centro de atención de urgencia si no puede comunicarse con el consultorio de su PCP. (Usted no necesita aprobación para ir a un centro de cuidado urgente).

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

Emergencias

Siempre tiene cobertura por emergencias. Una afección médica de emergencia es cuando su vida podría estar en peligro o cuando podría tener una lesión de por vida si no recibe atención inmediata. La situación es una emergencia cuando la afección puede causar:

- Lesión corporal
- Daño a un órgano u otra parte del cuerpo

Su Plan de Salud

- 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 proveedor
- 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
- Dificultades para respirar, convulsiones, pérdida de conciencia
- Envenenamiento
- Pérdida abundante de sangre que no se detiene o una quemadura grave
- Cuando siente que usted u otras personas podrían resultar lastimadas
- Sobredosis de drogas

Algunos ejemplos de no emergencias:

- resfriados
- dolor de estómago
- cortes menores
- moretones

Si cree que tiene una emergencia:

- 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 aprobación de su plan o de su PCP antes de recibir atención médica de emergencia suministrada en un centro de cuidado urgente o en una sala de emergencias. No está obligado a utilizar nuestros hospitales o proveedores.

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

- Informe a la persona con la que hable lo que le está sucediendo. Esta persona puede realizar las siguientes acciones:
 - Le indicará qué hacer en casa
 - Le indicará que se dirija al consultorio de su PCP
 - Le indicará que vaya a la sala de atención de urgencia o a la sala de emergencia más cercana

Si se encuentra fuera del área en el momento de la emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Acuda al Departamento de Urgencias solo 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. En la sala de emergencia se decidirá si su visita es realmente una emergencia. Si su condición no es una emergencia, puede optar por quedarse, Consulte la sección *Servicios Cubiertos por WellCare of Kentucky*.

Cuidado de emergencia fuera del área

Es importante recibir cuidado cuando usted está enfermo o herido. Esto es también 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 por esta consulta, avísenos. Le diremos cómo podrá pedir el reembolso de su consulta. 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, puede llamarnos al **1-877-389-9457 (TTY 711)**.

Atención urgente

Usted puede necesitar atención urgente para una lesión o una enfermedad que no es una emergencia, pero que todavía necesita atención dentro de 48 horas. Esto es distinto de las consultas 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 astilla mala que no puede quitar

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. 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 atención 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 atención urgente, asegúrese de informárselo a su PCP para que le pueda proporcionar cuidado de seguimiento.

Recuerde que también puede acudir a un centro de atención 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.

Atención médica 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 atención dentro de la red de proveedores de WellCare of Kentucky. En algunos casos, Medicaid puede pagar por los servicios de atención médica que usted reciba de parte de un proveedor que se encuentra junto al límite de Kentucky o en otro estado. Si recibe atención fuera de la red de proveedores aprobados sin autorización previa, usted será responsable de los cargos. Podemos darle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Kentucky y cómo puede obtenerlos si es necesario. La única excepción es para una emergencia. En una emergencia, **no** es necesario que usted esté en nuestra área de servicio para recibir atención. Llame al **911** o diríjase al hospital más cercano.

- **Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja dentro de Estados Unidos y sus territorios**, Medicaid pagará por su atención.



Parte II

Sus beneficios

El resto de este manual es para su información cuando la necesite. Incluye servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene problemas, en este manual encontrará lo que debe hacer. Este manual también tiene otra información que le puede resultar útil. Téngalo a mano para cuando lo necesite.

Beneficios

La Atención Administrada de Kentucky Medicaid proporciona los **beneficios** o servicios de atención médica cubiertos por su plan. Sus beneficios de salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Brindaremos u organizaremos la mayoría de los servicios que necesitará. Por ejemplo, podemos ayudarle si:

- Necesita de un examen físico o inmunizaciones
- Tiene una afección médica (cosas como diabetes, cáncer o problemas cardíacos)
- Está embarazada
- Se enferma o se lesiona
- Experimenta un trastorno de consumo de sustancias o tiene necesidades de salud conductual
- Necesita ayuda con ciertas cosas, como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida cotidiana
- Necesita ayuda para acudir a sus citas médicas
- Necesita medicamentos

En la siguiente sección, se describen los servicios específicos cubiertos por Medicaid. Pregunte a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta.

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

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

Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky

Estas son algunas cosas que usted debe recordar al recibir su atención médica:

- **Usted debe obtener servicios de proveedores que son parte de WellCare of Kentucky y ellos deben aprobar su atención.**
- 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 deberá 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 servicios provistos deben ser médicamente necesarios, y su PCP debe proporcionarlos o derivarlos. Hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente, al **1-877-389-9457 (TTY 711)**, si tiene preguntas o necesita ayuda con cualquier servicio de atención médica.

Atención Médica Regular

- Consultas con su PCP, incluidos controles, análisis de laboratorio de rutina y exámenes periódicos
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de audición/vista
- Atención preventiva del bebé sano
- Atención preventiva del niño sano
- Inmunizaciones (vacunas) para niños y adultos
- Servicios de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) para Afiliados menores de 21 años (consulte la Página 78 para obtener más información sobre los *servicios de EPSDT*)
- Ayuda para dejar de fumar

Cuidado de maternidad

- Cuidado durante el embarazo
- Clases educativas sobre partos
- Obstetricia/ginecología y servicios hospitalarios
- Una consulta posparto médicamente necesaria y a domicilio para brindar atención al recién nacido y evaluación después del alta (pero no más de 60 días después del parto)
- Servicios de administración de atención médica para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y por dos meses después del parto (siga leyendo para obtener más información)

Atención hospitalaria

- Cuidado para pacientes internados
- Cuidado para pacientes ambulatorios
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas

Servicios de atención médica a domicilio

- Debe ser médicamente necesario y solicitado por su proveedor
- Servicios de enfermería especializada por tiempo limitado
- Tratamientos especializados, incluidos fisioterapia, tratamiento de patologías del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional
- Servicios de asistente de salud en el hogar (ayuda con actividades como ducharse, vestirse, cocinar y limpiar el hogar)
- Suministros médicos

Servicios de Cuidado Personal/Enfermería Privada

- Debe ser médicamente necesario y solicitado por su proveedor
- Ayuda con actividades comunes de la vida diaria, como comer, vestirse y ducharse, para personas con discapacidades y afecciones médicas en curso

Cuidados de atención para pacientes terminales

- Los cuidados de atención para pacientes terminales ayudan a los pacientes y a sus familias con cualquier necesidad especial que surgen en las etapas finales de una enfermedad
- Los cuidados de atención para pacientes terminales incluyen servicios médicos, de apoyo y paliativos para personas con enfermedades terminales y sus familias o cuidadores
- Puede recibir estos servicios en su hogar, en un hospital o en un centro de convalecencia

Atención de la vista

- Servicios prestados por oftalmólogos y optometristas (médicos de la vista), incluidos exámenes oculares de rutina y anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios
- Derivaciones a especialistas por enfermedades en los ojos

Farmacia

- Medicamentos con receta
- Algunos medicamentos de venta sin receta (también denominados “de venta libre”)
- Insulina y otros suministros para diabéticos (como jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas)
- Productos para dejar de fumar, incluso de venta libre
- Fórmula especial
- Anticoncepción
- Suministros médicos y quirúrgicos

Atención de emergencia

- Los servicios de atención 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 el departamento de emergencias, en una sala de un hospital para pacientes internados o en otro entorno

Atención de especialidades

- Servicios de cuidado respiratorio
- Servicios de podología (pies)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)
- Servicios quirúrgicos

Servicios de centros de convalecencia

- Debe estar indicado por un médico y autorizado por su plan de salud
- Incluye estadías de corta duración o rehabilitación
- Debe recibir esta atención de un centro de enfermería especializada que esté dentro de la red de proveedores de su plan.

Servicios de Salud Conductual y Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias

La atención de la salud conductual incluye servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas). Todos los Afiliados tienen acceso a servicios para recibir ayuda con problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

- **Servicios de Salud Conductual (Salud Mental y Consumo de Sustancias)**
 - Servicios para ayudar a determinar si usted tiene una necesidad de tratamiento de salud mental o consumo de sustancias (servicios de evaluación diagnóstica)
 - Servicios de gestión de crisis móviles o en instalaciones
 - Terapia de salud conductual ambulatoria (individual, grupal y familiar)
 - Servicios de la salud conductual de pacientes internados
 - Hospitalización parcial
 - Otros servicios de apoyo tales como: apoyo de pares, apoyo comunitario integral y manejo de casos específicos

- **Servicios por trastorno por uso de sustancias**
 - Tratamiento ambulatorio
 - Desintoxicación y estabilización de pacientes hospitalizados
 - Residencia por abuso de sustancias
 - Tratamiento asistido por medicamentos
 - Programa de hospitalización parcial
 - Programa intensivo para pacientes ambulatorios
 - Apoyo entre pares
 - Psicoeducación

Para obtener más información sobre la Atención de la Salud Conductual, vaya a la Página 93.

Si cree que necesita tener acceso a una atención de la salud conductual más intensiva, hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-389-9457 (TTY 711).

Servicios de transporte

- **Casos de emergencia:** Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al **911**.
- **Casos que No son de Emergencia:** Hay disponible transporte para servicios médicos que no son de emergencia si usted no puede obtener transporte gratis a donde tiene un servicio cubierto.

Cómo Obtener un Transporte en Casos que No Son de Emergencia

Kentucky Medicaid pagará para transportar algunos Afiliados para obtener servicios médicos cubiertos por Kentucky Medicaid. Si necesita un viaje, debe hablar con el agente de transporte de su condado para programarlo.

Cada condado de Kentucky tiene un agente de transporte. Solo puede utilizar el agente de transporte para un viaje si no puede utilizar su propio automóvil o no tiene uno. Si usted no puede utilizar su automóvil, tiene que conseguir una nota para el agente de transporte en la que se explique por qué no puede utilizar su automóvil. Si necesita un viaje de un agente de transporte y usted o alguien de su hogar tiene un automóvil, puede hacer lo siguiente:

- Obtener una nota del proveedor en la que se indique que no puede conducir
- Obtener una nota de su mecánico si su automóvil no funciona
- Obtener una nota del jefe o del oficial de la escuela si su automóvil es necesario para el trabajo o la escuela de otra persona
- Obtener una copia del registro si su automóvil se considera chatarra

Kentucky Medicaid no cubre los viajes para recoger 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**.

El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del este, y sábado de 8 a.m. a 1 p.m., hora del este. Si necesita un viaje, debe llamar 72 horas antes de la hora en que necesita el viaje. Si tiene que cancelar una cita, llame a su agente lo antes posible.

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 obtener una nota de su PCP. En esta nota, se debe indicar por qué es importante para usted viajar fuera de su área. (Su área es su condado y los condados que están al lado).

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier proveedor o clínica de Medicaid que proporcione cuidado de planificación familiar. También puede asistir a una consulta con uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De cualquier modo, no necesitará una remisión de su PCP. Puede obtener dispositivos anticonceptivos (como DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros) que estén disponibles con una receta, anticoncepción de emergencia y servicios de esterilización. Puede además ver a un proveedor de planificación familiar para realizarse pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de infecciones de transmisión sexual (STI) además del tratamiento y asesoramiento relacionado con los resultados de sus pruebas. Los estudios de cáncer y otras afecciones relacionadas están también incluidos en las consultas de planificación familiar.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero/prótesis/aparatos ortopédicos
- Productos y servicios de audífonos
- Telehealth
- Apoyo adicional para administrar su salud
- Terapia de infusión en el hogar
- Servicios de clínica de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de Centros de Salud Federalmente Calificados (Federally Qualified Health Centers, FQHC)
- Servicios de clínica gratuitos

Si tiene una pregunta sobre alguno de los beneficios que se mencionaron anteriormente, hable con su PCP o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Beneficios Ofrecidos por el Estado

La mayoría de los servicios de Medicaid serán proporcionados por WellCare of Kentucky. Algunos servicios serán proporcionados por Medicaid de Kentucky. 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 que ofrece servicios a través de varias 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 consultas 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 es de emergencia** – Si no puede encontrar una manera de llegar a su cita médica, puede obtener un viaje de una compañía de transporte. 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 agentes de transporte o compañías e información sobre cómo contactarlos.

Servicios para niños en edad escolar – Estos servicios son para niños de 3 a 21 años, 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).

Apoyo adicional para administrar su salud

Programa de Administración de cuidado

Administrar solo su atención médica puede ser difícil, especialmente si está lidiando con muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y permanecer saludable, podemos brindárselo. Sabemos que usted puede tener necesidades de cuidado especiales. Para ayudar con esas necesidades, puede elegir tener un Administrador de Cuidados en su equipo de atención médica sin ningún 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 recibir la atención médica adecuada cuando y donde la necesite.

Su administrador de cuidados puede:

- Coordinar sus citas y organizar el transporte para ir y volver de sus citas con su médico
- Ayudarlo a alcanzar sus objetivos para manejar mejor sus afecciones actuales de salud
- Responder preguntas sobre para qué son sus medicamentos y cómo tomarlos
- Realizar un seguimiento con su PCP o especialistas sobre su atención
- Proporcionarle recursos útiles en su comunidad
- Ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita si cambia de plan de salud o de proveedores

WellCare of Kentucky también puede conectarlo con un Administrador de Cuidados especializado en brindar apoyo a las siguientes personas:

- Personas que necesitan acceso a servicios como cuidado en un centro de convalecencia o servicios de cuidado personal para ayudar a administrar las actividades cotidianas (como comer o bañarse) y realizar tareas domésticas
- Afiliadas embarazadas con ciertos problemas de salud (como diabetes) u otras inquietudes (como solicitar ayuda para dejar de fumar)
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años que puedan vivir situaciones estresantes o que tengan ciertas afecciones o trastornos de salud
- Personas que sufren adicción
- Personas con afecciones de salud mental

Puede calificar para servicios de Administración de Cuidados si tiene afecciones con prioridad, tales como:

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

O tienen otras preocupaciones prioritarias:

- Tiene enfermedades complejas que requieren la coordinación de muchos servicios
- Tiene niños o adultos con necesidades de atención médica especiales
- Recién nacidos y lactantes con necesidades especiales de atención médica, como bajo peso al nacer
- Le hicieron o le harán un trasplante
- Tiene un embarazo de alto riesgo
- Tiene enfermedades crónicas
- Tiene necesidades de cuidado de la salud conductual de alto riesgo

- Violencia doméstica
- Abuso de sustancias
- Es responsable de una persona en guarda temporal o custodia de adulto

Su Administrador de Cuidados lo ayudará a coordinar sus necesidades de cuidado. Para hacerlo, hará lo siguiente:

- Le hará preguntas para obtener más información sobre su afección
- Le hará preguntas acerca de sus arreglos de vida, incluida la familia, el hogar y las finanzas, para ayudarlo a encontrar maneras de ayudarlo
- Trabjará 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 del Cuidado si:

- Pregunta sobre la Administración de Cuidados
- Su PCP considera que el programa lo ayudaría
- Pensamos que usted puede calificar para estos servicios

También tenemos instructores de salud disponibles para ayudarlo a:

- Dejar de fumar
- Controlar el peso

Algunas veces, un miembro del equipo de su PCP será su Administrador de Cuidados. Puede dejar de participar en el programa de Administración de Cuidados en cualquier momento. Para obtener más información sobre cómo puede recibir ayuda adicional para gestionar su salud, hable con su PCP o llame al equipo de Administración de Cuidados de WellCare al **1-844-901-3780 (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 Asistencia de Community Connections de WellCare está aquí para usted.

Parte II: Sus beneficios

Llame a la Línea de Ayuda de Community Connections al **1-866-775-2192** para hablar con un instructor si ocurre lo siguiente:

- 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 otros tipos de necesidades tales como:
 - Asistencia financiera (servicios públicos, renta)
 - Servicios de cuidado de niños a un precio accesible
 - Asistencia para encontrar empleo o educación
 - Suministros para la familia (pañales, leche de fórmula, 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 temas, o si tiene alguna pregunta, llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Programa de Administración del Cuidado de Maternidad WellCare BabySteps	<ul style="list-style-type: none">• Pañales GRATIS, Playpen, Cochecito, o Asiento para Automóvil así como tarjetas de regalo a través del Programa Healthy Rewards• Hasta \$50 por asistir a todas las visitas de proveedores requeridas a través del Programa Healthy Rewards
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none">• Consejos para el control de natalidad• Pruebas de embarazo• Esterilización• Aborto médicamente necesario• Exámenes<ul style="list-style-type: none">- Infecciones de transmisión sexual- Cáncer de mama y pélvicos

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky

Programa Early Start	<p>Programas que les brindan a usted y a su bebé un comienzo saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 siete días de la semana cuando llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería • Programa educativo GRATUITO basado en texto y en la web en el que se ofrecen consejos de salud sobre el embarazo y sobre la salud y el bienestar de su bebé
Punto de Acceso a Internet	<p>Obtenga un punto de acceso a Internet GRATUITO y 12 meses de servicios de Internet. Afiliados de 8 a 18 años. Disponible en áreas rurales limitadas. Consulte nuestro sitio web para obtener una lista de ubicaciones</p>
Tutoría	<p>12 sesiones de tutoría GRATUITAS de una hora para los Afiliados de 8 a 18 años. Sesiones disponibles de forma presencial o virtuales</p>
Becas de Lectura	<p>Becas de lecturas GRATIS para Afiliados calificados desde preescolar hasta quinto grado que quieran mejorar sus habilidades de lectura</p>
Boy Scouts of America	<p>Membresía anual GRATIS para Afiliados de 5 a 18 años que se unan a los Boy Scouts of America. Incluye \$25 para uniformes y el costo por seguro de salud y accidentes</p>
Girl Scouts	<p>Membresía anual GRATIS para Afiliados de 5 a 18 años que se unan a las Girl Scouts. Incluye \$25 para uniformes.</p>
Examen de aptitud física deportiva gratis	<p>Un examen físico para deportes por año, proporcionado por un PCP para niños de 6 a 18 años</p>
Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Los Afiliados mayores de 21 años son elegibles para recibir un examen de la vista anual y un monto de asignación anual de \$150 para comprar anteojos o lentes de contacto <u>cada</u> 12 meses. • Los Afiliados menores de 21 años son elegibles para recibir un examen anual de la vista y un par gratuito de anteojos. Si el primer se rompe o necesita ser reemplazado, el segundo es gratis <p>Llame a servicios para miembros de Avesis al 1-855-776-9466 si tiene cualquier pregunta</p>

Parte II: Sus beneficios

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Membresía Familiar de YMCA	Manténgase activo con una membresía GRATUITA para toda la familia
Beca para universidad o escuela de formación profesional	Los Afiliados tienen la oportunidad de ser seleccionados para una de las 50 becas por el monto de \$1,000 cada una. Las becas son para los Afiliados mayores de 18 años que han sido aceptados para asistir a una universidad o escuela de formación profesional. Las solicitudes están disponibles en nuestro sitio web
Teléfono celular de SafeLink	Los afiliados pueden recibir un teléfono celular GRATIS a través de SafeLink. El teléfono incluye 350 minutos mensuales, 4.5 GB de datos y mensajes de texto ilimitados.
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: Capacitación laboral y clases de educación financiera de referencia GRATIS . General Educational Development® (GED®): Los Afiliados mayores de 16 años que no tienen un diploma de escuela secundaria pueden tomar la evaluación GED® GRATIS . Visite nuestro sitio web para: <ul style="list-style-type: none"> • Leer las Preguntas Frecuentes (FAQ) • Obtener el formulario de inscripción • Encontrar ayuda para prepararse para el examen
Asignación de Vivienda	Los hogares calificados pueden recibir un subsidio anual de \$250 para gastos de vivienda, alquiler, servicios públicos o pequeños electrodomésticos (se aplican calificaciones).
Buenas Medidas	¿Le gustaría perder peso, controlar una afección, fortalecer su sistema inmunitario o simplemente sentirse mejor? El asesoramiento sobre Buenas Medidas forma parte de su cobertura de WellCare sin costo adicional para usted.

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky

<p>WW (anteriormente Weight Watchers)</p>	<p>WellCare ofrece una membresía de 6 meses para Afiliados de Medicaid. El objetivo de este programa es apoyar estilos de vida saludables y mejorar los resultados de salud. Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Afiliados deben ser mayores de 13 años (deben ir acompañados de un adulto si es menor de 18 años) • El índice de masa corporal debe ser mayor o igual a 25 para adultos de 18 años o más (los niños 13 a 19 años deben estar clasificados en el percentil 85) • Formulario de referencia completado por el médico
<p>Tarjetas de ID emitidas por el estado</p>	<p>Obtenga una copia nueva o de reemplazo de su tarjeta de ID emitida por el estado sin costo. Esto no incluye las licencias de conductor ni las tarjetas de ID reales.</p>
<p>Eliminación de antecedentes penales (solo certificación)</p>	<p>Se cubrirá \$40 para la tarifa de certificación asociada a la eliminación de antecedentes penales (según lo permitido por el estatuto)</p>
<p>Fitbit (Dispositivo de Ejercicio)</p>	<p>Los Afiliados deben completar dos (2) actividades del Programa Healthy Rewards para recibir un dispositivo de ejercicio Fitbit. Para obtener más información, consulte la página 70.</p>
<p>Suscripción a Amazon Prime</p>	<p>Los Afiliados que completen una actividad del Programa Healthy Rewards tendrán la opción de seleccionar una suscripción de 3 meses a Amazon Prime. Esto da al Afiliado acceso a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videos de ejercicios • Programas de TV • Películas • Música • Libros digitales y de audio • Artículos de alimentación • Descuentos en Whole Foods y mucho más <p>Para obtener más información, consulte la página 70.</p>

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
<p>Programa Healthy Rewards</p>	<p>Gane recompensas por tomar medidas que lo ayuden a tener una vida saludable como completar determinados controles de salud como las consultas médicas de rutina de su hijo. Las recompensas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de regalo de Wal-Mart • Tarjeta de regalo de \$75 de Nike para Afiliados de 6 a 18 que completen una revisión anual y un examen dental • Pañales, Playpen, cochecito o asiento para automóvil GRATIS para nuevas madres • Suscripción de tres (3) meses a Amazon Prime cuando complete una actividad • Dispositivo de ejercicio Fitbit cuando complete dos actividades
<p>Artículos de Salud y Bienestar</p>	<p>Cada jefe de hogar es elegible para recibir en artículos de Salud y Bienestar cada mes que son enviados directamente por correo a su hogar. No se necesita receta. El monto de asignación se basa en la cantidad de integrantes de la familia del Afiliado de WellCare of Kentucky. Solo los Afiliados del plan de Medicaid de WellCare of Kentucky que vivan en la misma casa se considerarán como parte de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de una persona: \$10 por mes • Un hogar de dos personas: \$20 por mes • Un hogar de tres (o más) personas: \$25 por mes <p>Usted puede elegir entre una variedad de artículos, incluidos los pañales, los artículos de cuidado dental, los artículos de primeros auxilios, el detergente Tide® para la ropa y más.</p> <p>Los artículos se envían directamente a su casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenemos tres formas fáciles para hacer pedidos <ul style="list-style-type: none"> - Llámenos al 1-877-389-9457 (TTY 711) y hable con uno de los miembros de nuestro equipo - Llame a este mismo número y utilice nuestro servicio automatizado - Visite www.wellcareky.com - e inicie sesión en nuestro Portal para Miembros (<i>para obtener instrucciones sobre cómo acceder al Portal para Miembros, vaya a la Página 97</i>)

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Programas de descuento XtraSavings	<p>Los afiliados pueden obtener descuentos con los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Descuento de CVS™: Obtenga un ahorro del 20% en los artículos relacionados con la salud de 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 cada día de nuestro proveedor. Ahorre en vitaminas, pasta dentífrica y 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.
Meals Program	<p>Programa de Alimentos para Afiliados dados de alta de un hospital para pacientes internados, salud conductual, un centro de rehabilitación o de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las entregas de comidas deben comenzar dentro de los 14 días del alta • 10 comidas por autorización <p>Sin límite anual. El Afiliado es elegible después de cualquier alta hospitalaria</p>
Cuidado auxiliar	<p>Los cuidadores de los Afiliados recibirán 200 horas de cuidado auxiliar en casa y cinco días de cuidado auxiliar fuera de casa por año del plan. Se requiere la aprobación del Administrador de Cuidados</p>
Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra disponible sin cargo para usted. • Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana, todo el año • El número de teléfono sin cargo es 1-800-919-8807 (TTY 711)
Línea de asesoramiento de Community Connections (CCHL)	<p>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 62 para obtener más información sobre cómo obtener <i>Asistencia con Problemas No Relacionados con la Atención Médica</i>.</p> <p>1-866-775-2192 (TTY: 711)</p>

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Línea de Asesoramiento ante Crisis disponible las 24 horas	GRATIS para recibir ayuda con asuntos relacionados con abuso de drogas y alcohol y salud conductual
Administración de atención médica y enfermedades	<p>Programas que lo ayudan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones de salud especiales • Tratamiento de enfermedades • Obtenga más información sobre estos programas más adelante en este manual
MÁS beneficios y programas	<p>Vacunas GRATIS contra la gripe*</p> <p>Asesoramiento y pruebas de VIH*</p> <p>Sitio web sobre salud y bienestar que brinda consejos para ayudar a que usted y sus seres queridos se mantengan saludables</p> <p>Una amplia selección de proveedores que le brinda a usted y a su familia acceso a PCP, especialistas, hospitales y farmacias</p> <p>Acceso a todos los medicamentos recetados médicamente necesarios*</p> <p>Los boletines para Afiliados están disponibles en nuestro sitio web con información sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizaciones y detalles sobre beneficios • Servicios nuevos • Eventos en su comunidad • Educación sobre aptitud física y salud

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 exámenes de detección, como se muestra en la siguiente tabla:

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Nuevos afiliados	Consulta inicial al PCP	Consulta inicial al PCP dentro de los 90 días de la inscripción	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
Salud infantil	De 0 a 15 meses	Seis consultas de niño sano por programa	\$10 por consulta para un total de \$60 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica
	De 2 a 5 años	Finalización de una consulta de niño sano anual.	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o

Parte II: Sus beneficios

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Salud infantil (continuación)			<ul style="list-style-type: none"> • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
	De 6 a 18 años	Finalización de una consulta anual de niño sano y un chequeo dental anual.	Tarjeta de regalo de \$75 de Nike
	De 19 a 21 años	Finalización de una consulta de niño sano anual.	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Embarazo saludable	Consultas de atención prenatal	Las afiliadas deben asistir a una consulta prenatal durante el primer trimestre de gestación o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción (para mayores de 12 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
	Finalización de las consultas prenatales	Los Afiliados que completen una visita prenatal pueden elegir entre una de estas recompensas	Posibilidad de elegir un cochecito, un corral de juegos portátil Playpen, un asiento de automóvil o seis paquetes de pañales.
	Visitas de atención posparto	Asistir a una consulta de atención posparto entre los 7 y los 84 días posteriores al nacimiento del bebé (para mayores de 12 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>

Parte II: Sus beneficios

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Administración de cuidados crónicos	Diabetes	Hacerse un examen ocular anual (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
		Hacerse una prueba de laboratorio para HbA1c (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Administración de cuidados crónicos (continuación)		Control de presión arterial (de 18 a 75 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
Salud Reproductiva	Prueba de detección del cáncer cervical	Visitar el consultorio para realizarse un examen de detección de cáncer cervical (examen de Papanicolaou) (para personas de 21 a 64 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
	Mamografía de diagnóstico	Realizarse una Mamografía de diagnóstico anual (para personas de entre 50 y 74 años)	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o

Parte II: Sus beneficios

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Salud Reproductiva (continuación)			<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo de ejercicio Fitbit * Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)
	Detección de clamidia	Complete un examen de detección anual (de 16 a 24 años)	Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos: <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit * Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)
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 los siguientes incentivos: <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit * Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Cuidado dental	Consulta Dental Preventiva	Cualquier Consulta Dental Preventiva para Afiliados de 2 a 5 años	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>
		Cualquier consulta dental preventiva y consulta de niño sano en edad de 6 a 18 años	Tarjeta de regalo de \$75 de Nike
		Cualquier consulta dental preventiva para Afiliados de entre 19 y 20 años	<p>Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit <p>* Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)</p>

Parte II: Sus beneficios

Programa	Tipo de consulta	Qué hacer	Qué puede obtener
Servicios para dejar de fumar	Asesoramiento para dejar de fumar	Los Afiliados elegibles acuerdan recibir y revisar herramientas y recursos educativos sobre cómo dejar de fumar. Los afiliados también deben aceptar completar un programa para dejar de fumar.	Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos: <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit * Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)
Salud conductual	Seguimiento de 7 días	Acuda a un proveedor de salud conductual dentro de los siete días después de una hospitalización de salud conductual (Afiliados mayores de 6 años de edad).	Los Afiliados pueden elegir entre los siguientes incentivos: <ul style="list-style-type: none"> • \$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo o tarjeta electrónica; o • Suscripción de 3 meses a Amazon Prime; o • Dispositivo de ejercicio Fitbit * Para calificar para un Fitbit, los Afiliados deben completar dos (2) actividades (no se incluye a los Afiliados de entre 0 y 15 meses de edad)

Para obtener más información sobre el Programa Healthy Rewards de WellCare of Kentucky, o si tiene alguna pregunta, llame al **1-877-389-9457 (TTY 711)** o visite **www.wellcareky.com**.

*Para recibir estos servicios, no necesita una remisión de su PCP. Solo debe elegir un proveedor de la red para asegurarse de que los servicios y medicamentos estén cubiertos por el plan. Llame al **1-877-389-9457 (TTY 711)** o visite **www.wellcareky.com** para obtener más información.

Beneficios que Puede Obtener de WellCare of Kentucky O de un Proveedor de Medicaid

Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)

Contamos con servicios de salud para el bienestar de los niños. Los Afiliados al 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 de beneficios especiales se denomina Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Los Afiliados que necesitan beneficios de EPSDT:

- Pueden obtener servicios de EPSDT a través de WellCare of Kentucky o cualquier proveedor de Medicaid
- No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT
- Pueden obtener ayuda para programar citas y transporte

Los EPSDT incluyen cualquier servicio médicamente necesario que pueda ayudar a tratar, prevenir o mejorar la salud de un Afiliado, incluido lo siguiente:

- Servicios integrales de exámenes de detección (controles de niño sano, pruebas 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
- Derivación a especialistas y tratamiento, según corresponda
- Servicios de atención médica a domicilio
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios de cuidado personal
- Terapia física y ocupacional

Parte II: Sus beneficios

- Medicamentos con receta
- Prótesis
- Servicios de rehabilitación
- Servicios para trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Transporte de ida y vuelta para 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 vacunas que necesite
- Le hará los análisis de sangre y orina que necesite

Estos controles de salud se realizan a determinadas edades. (Hablaremos sobre estos aspectos un poco más adelante en esta sección). Es muy importante que usted consiga que su hijo vea a su PCP para estos controles. El PCP de su hijo puede ayudar a identificar cualquier problema de salud antes de que se convierta en un problema mayor. Su hijo también puede recibir las inyecciones que necesite.

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.

Hable con el PCP de su hijo si tiene dudas sobre los servicios de EPSDT. También puede encontrar más información en línea en www.wellcareky.com. O puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Servicios NO cubiertos

Recepción de servicios no cubiertos

Kentucky Medicaid solo paga por servicios “médicamente necesarios”. A continuación, figuran algunos de los servicios que Kentucky Medicaid **no paga**. Usted todavía puede obtener un servicio no cubierto por WellCare of Kentucky o Kentucky Medicaid, pero tendrá que pagarlo usted mismo. Le sugerimos que hable primero con su proveedor y que acepte cualquier servicio por escrito antes de que se realice. 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, llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este.

Algunos servicios no cubiertos son los siguientes:

- Servicios de proveedores que no son proveedores de Kentucky Medicaid
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios de masaje e hipnosis
- Estadías hospitalarias si se puede tratar fuera del hospital
- Medicamentos para la 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.)
- Aborto inducido y servicios de aborto espontáneo que van en contra de las leyes federales y de Kentucky y las opiniones judiciales (a menos que la vida de la madre esté en peligro o en el 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
- Procedimientos de afirmación de género
- Esterilización de un afiliado mentalmente incapacitado o internado
- Aparatos para dientes, dentaduras postizas, parciales y puentes para personas mayores de 21 años
- Anteojos y lentes de contacto para personas mayores de 21 años
- Audífonos para personas mayores de 21 años
- Ventiladores, acondicionadores de aire, humidificadores, purificadores de aire, computadoras o reparaciones domésticas
- Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos, a menos que sean aprobados

Parte II: Sus beneficios

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 autorizados
- Servicios proporcionados por proveedores que no son parte de 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
- Servicios no cubiertos (incluidos los mencionados anteriormente)

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 la ha recibido. Si usted no es responsable del pago, WellCare of Kentucky le ayudará a solucionar 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 presentar su caso ante un juez de derecho administrativo. Consulte la sección *Audiencia Imparcial del Estado* en este manual para 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)

WellCare of Kentucky deberá aprobar algunos tratamientos y servicios **antes** de que los reciba. Es posible que WellCare of Kentucky también deba aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted **continúe** recibiéndolos. Esto se denomina “**autorización previa**” (o PA, para abreviar). Usted o su PCP pueden solicitar una PA.

Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados 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 solicitados por su proveedor de cuidado primario (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. Si necesita ayuda con las PA, llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio se denomina una **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener la aprobación para estos tratamientos o servicios, usted necesita que su PCP o proveedor nos llame 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 Protestas para Afiliados*.

Solicitud de Autorización de Servicios para Niños Menores de 21 años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobación de servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de Exámenes de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los *servicios de EPSDT*, consulte la Página 78 o visite **www.wellcareky.com**.

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. El equipo de revisión cuenta con profesionales de la atención médica calificados. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó está cubierto por WellCare of Kentucky y que lo ayudará con su afección médica. Nuestro equipo de revisión lo hace cotejando su plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptables.

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)**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de la atención médica. 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 acelerado (rápido)**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, 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, sin exceder los límites de tiempo detallados en la siguiente sección de este manual.

Nos comunicaremos con usted y con su proveedor por escrito para informarles si su solicitud fue aprobada o rechazada. También le diremos las razones de nuestra decisión. Explicaremos las opciones que tiene para apelar o para una Audiencia Imparcial del Estado si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de PA en los siguientes plazos:

- **Revisión estándar** (para casos que no son emergencia): Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los dos días hábiles después de haber recibido de la solicitud.
- **Revisión acelerada (rápida)**: Tomaremos una decisión sobre su solicitud y recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas.
- En la mayoría de los casos, si recibe un servicio y se realiza una nueva solicitud para seguir recibiendo un servicio, debemos informarle antes de cambiar el servicio si decidimos reducir, detener o restringir el servicio. **Si aprobamos un servicio y usted comenzó a recibirlo, no lo reduciremos, cancelaremos ni restringimos durante el tiempo que haya sido aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información falsa o errónea.**

Parte III: Procedimientos del Plan

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 deniega el pago al proveedor.**

Plazos de Autorización Previa		
Tipo de solicitud	Plazo de Decisión	Quién puede solicitarla
Estándar (para situaciones que no sean de emergencia)	En un plazo de dos días hábiles a partir de la recepción de la solicitud	Su PCP o proveedor
Acelerada/Rápida (para atención urgente/rápida)	Dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud	Su PCP o proveedor

Nota: Las decisiones de aprobación para servicios que ya han sido proporcionados se toman dentro de 14 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 obstetras/ginecólogos dentro de la red para los servicios preventivos y de rutina de cuidado de la salud
- Atención de emergencia y urgente
- Planificación familiar (cualquier proveedor del plan de salud)
- Consultas de rutina para niños de 20 años o menores
- Cuidado de la visión de rutina
- Cuidado dental de rutina
- Una consulta médica por año a un proveedor obstetra/ginecológico dentro de la red
- Servicios posteriores a la estabilización
- Consultas a su PCP

A pesar de que usted no necesita aprobación para estos servicios, tendrá que consultar a un proveedor de la red. Puede encontrar un proveedor utilizando nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea www.wellcareky.com/Find-a-Provider. Cuando haya elegido, llame para programar una cita. Recuerde llevar sus tarjeta 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 cuidador
- 3. Revisiones retrospectivas** – averiguamos si el cuidado que recibió fue apropiado

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

En ocasiones podemos rechazar la cobertura de servicios o cuidado. Los profesionales médicos toman estas decisiones de denegación. 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 al **1-877-389-9457** (TTY 711) si tiene preguntas sobre nuestro programa de UM.

Segunda opinión médica

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

El proveedor de la segunda opinión puede solicitar que se realice 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.

Parte III: Procedimientos del Plan

Recuerde que deberá pagar los servicios recibidos cuando va a un proveedor 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 cuidado de seguimiento hasta que su salud mejore. Esto se denomina **atención posterior a la estabilización**. Cubrimos el cuidado posterior a la estabilización. No necesita aprobación para obtener este servicio. Sin embargo, esta atención es necesaria 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.



iWellCare of Kentucky puede ayudar a programar las citas médicas para el 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. Hablar con mi médico sobre las futuras visitas prenatales y las posteriores a la llegada del bebé (posparto)
- Comenzar a pensar acerca de qué proveedor elegir para mi bebé
 - Tengo que hacer esto antes de que el bebé llegue. Si no elijo un proveedor, WellCare of Kentucky escogerá uno para 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 consultar a su proveedor de atención prenatal dentro de los 14 días de haberse convertido en afiliado. Asegúrese de asistir a todas sus consultas 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.

Programa de Administración del Cuidado de Maternidad 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 basada en la web y en texto. Este servicio gratuito ofrece consejos de salud sobre el embarazo y la salud y el bienestar de su 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 ayudarle durante el embarazo.

Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Visite a su proveedor apenas sepa que está embarazada. Este podrá averiguar si usted corre el riesgo de tener su bebé demasiado temprano*. Ver a su proveedor a tiempo y frecuentemente le da una mejor oportunidad de tener un bebé 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)

Parte III: Procedimientos del Plan

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

Qué Esperar de la Atención Médica durante el Embarazo Consultas a su Proveedor	
En cada consulta	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 sobre no fumar ni consumir alcohol o 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 de la Atención Médica durante el Embarazo Consultas a su Proveedor

En la primera consulta	Le preguntará sobre sus otros embarazos o enfermedades
	Le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus padres 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

Parte III: Procedimientos del Plan

Qué Esperar de la Atención Médica durante el Embarazo Consultas a su Proveedor	
En la consulta 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 consulta 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 su(s) médico(s) acerca de la atención médica adecuada para usted. Este material no reemplaza el consejo de tu médico. Se basa en fuentes externas. Te lo brindamos solo para tu 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 PCP de inmediato en caso de una emergencia de salud.

Algunos recordatorios:

- Si usted tiene un bebé mientras es Afiliada de WellCare of Kentucky, su bebé también estará cubierto por WellCare of Kentucky 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 elige un proveedor, elegiremos uno por usted.

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El programa WIC es un programa de nutrición especial. Es para las Afiliadas que están embarazadas o que dieron a luz recientemente, junto con bebés y niños. El programa proporciona:

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

Si está embarazada, consulte a su PCP o atención prenatal sobre el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Para saber si cumple con los requisitos o para realizar la solicitud, 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

Su cobertura dental es a través de una compañía llamada Avesis. Esta cobertura es tanto para niños (menores de 21 años) como para Afiliados adultos. Estos son algunos de los servicios que cubrimos:

Cobertura dental para pacientes menores de 21 años:

- Exámenes, limpiezas y radiografías
- Empastes y extracciones
- Cirugía bucal y atención médica de emergencia
- ¡Y mucho más!

Cobertura dental para los Afiliados mayores de 21 años:

- Una consulta dental al año, por proveedor
- Un examen cada 12 meses
- Una limpieza cada 12 meses
- Extracciones y empastes

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 por nacer.

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 usar la herramienta *Find a Provider* (Encontrar un Proveedor) en www.wellcareky.com/Find-a-Provider para encontrar un proveedor. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Avesis 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 que se enumeran 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.wellcareky.com/Find-a-Provider. No necesita autorización previa ni remisión 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 proveedor 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.



Número sin cargo de la Línea para Crisis de Salud Conductual las 24 horas: **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 afección. Recuerde hacer un seguimiento con su PCP dentro de las 24 a 48 horas de haber abandonado 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.

Parte III: Procedimientos del Plan

Medicamentos con Receta

Un proveedor inscrito en Medicaid de Kentucky debe escribir 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 en línea indica todas las farmacias que tiene nuestro plan. O llámenos para obtener ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted.

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

Para preguntas sobre recetas, comuníquese con nuestro Gerente de Beneficios Farmacéuticos, MedImpact, al **1-800-210-7628** (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, visite <https://kyportal.medimpact.com/>

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

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

Para los medicamentos que requieren aprobación (y los que no están incluidos en nuestra PDL), su proveedor deberá enviarnos una Solicitud de Autorización Previa. 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. En este se 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
- Medicamentos utilizados para cualquier fin que no esté médicamente aceptado

Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, consulte nuestra PDL en <https://kyportal.medimpact.com/>

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 sin una receta de su proveedor. 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 que sienta sueño)
- 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

Para obtener una lista de los medicamentos de venta libre cubiertos, visite <https://kyportal.medimpact.com/>

Limitación de farmacia

Usted puede consultar una serie de diferentes proveedores para su atención médica. Cada uno puede recetar un medicamento distinto, lo que a veces puede ser peligroso. Para ayudarlo con esto, tenemos un programa de Limitación de Farmacia.

Nuestro Programa de Limitación de Farmacia ayuda a coordinar sus necesidades de medicamentos y atención médica.

Parte III: Procedimientos del Plan

Este programa ayuda a coordinar sus necesidades de atención médica y recetas. 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 a su PCP a entender sus necesidades de medicamentos recetados.

- 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 proveedor pertenezca a nuestra red.

Si creemos que usted se beneficiaría de este programa, podremos asignarle una farmacia y un profesional que emita la receta. 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 Protestas para Afiliados* más adelante en este manual.

Si tiene preguntas sobre nuestro Programa de Limitación de Farmacia, llame al **1-877-389-9457** (TTY 711).

Telehealth

¿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 Telehealth resulte útil para usted.

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

- Tiene problemas para desplazarse
- Vive demasiado lejos de un especialista

Este 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 médica
- Disminuir la cantidad de días de trabajo o de escuela perdidos
- Reducir los costos físicos y financieros de los problemas de salud que no fueron tratados

Hable con su(s) proveedor(es) sobre Telehealth para saber si es adecuado para usted.

Registro Seguro del Portal para Miembros

El portal seguro para miembros ofrece muchas herramientas para nuestros Afiliados. Puede obtener información del plan, hacer pagos de primas, elegir sus preferencias de comunicación y mucho más. Para obtener estas funciones, debe registrarse en el portal para miembros.

Para registrarse:

1. Visite **www.wellcareky.com**. Haga clic en el botón “Login/Register” (Iniciar sesión/ Registrarse) cerca de la parte superior de la página y, a continuación, seleccione “Member” (Miembro), su estado y su plan.
2. Haga clic en el enlace “Register for an Account” (Registrarse para obtener una cuenta). Se abrirá una nueva ventana para la pantalla de registro web.
3. Introduzca la información en su tarjeta de ID del Afiliado:
 - a. Identificación 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 lo siguiente:
 - a. Comenzar con una letra
 - b. Tener de 8 a 12 caracteres
 - c. Contener solo 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 su pregunta de seguridad, se le redirigirá a una página de confirmación. Recibirá su contraseña temporal en un plazo de 24 horas en la dirección de correo electrónico indicada.
8. Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña temporal. A continuación, se le pedirá que genere una contraseña.
9. Cree una contraseña. Su contraseña debe cumplir con lo siguiente:
 - 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)

Parte III: Procedimientos del Plan

10. Una vez creada y confirmada su cuenta, seleccione la pestaña “Member” (Miembro) para ir 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 necesita ayuda con el portal para 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 tarjeta de ID
- Buscar proveedores, clínicas y hospitales
- Visualizar servicios de bienestar disponibles para usted
- Visualizar recordatorios de citas
- Cambiar de PCP
- Recibir notificaciones push

Descargue la aplicación MyWellCare de forma gratuita hoy mismo desde las tiendas de aplicaciones de Apple o Google Play.

¿No está registrado? ¡Es fácil!

Descargue la aplicación MyWellCare en su teléfono inteligente y seleccione su estado. Bajo el encabezado del producto, seleccione Medicaid.

- Acepte el Acuerdo
- Aparecerán varios íconos. Haga clic en cualquier ícono para acceder a “Member login Screen” (Pantalla de Inicio de Sesión de Miembros)
- Haga clic en “Not Registered” (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 recibir mensajes de texto con recordatorios e información.

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 Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o Proveedores (Transición de la Atención)

Si usted se une a WellCare of Kentucky desde otro plan de salud, nos comunicaremos con usted dentro de cinco días hábiles a partir de su fecha prevista de inscripción con nosotros. Le pediremos el nombre de su plan anterior para que podamos agregar su información médica, como sus expedientes médicos y citas programadas, a nuestros registros.

- Si deja WellCare of Kentucky, compartiremos su información de salud con su nuevo plan.
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que haya autorizado su plan de salud anterior. Después de eso, lo ayudaremos a encontrar un proveedor de nuestra red para que reciba cualquier servicio adicional en caso de que lo necesite.
- En casi todos los casos, sus proveedores serán proveedores de WellCare of Kentucky. Hay algunas instancias en las que usted puede consultar a otro proveedor que tuvo antes de inscribirse en WellCare of Kentucky. Podrá continuar viendo a su proveedor anterior si:
 - En el momento de inscribirse en WellCare of Kentucky, usted está recibiendo un tratamiento continuo o padece una afección especial actual. En ese caso, puede solicitar mantener su proveedor durante hasta 90 días.
 - Está embarazada de más de tres meses cuando se inscribe en WellCare of Kentucky y está recibiendo atención médica prenatal. En ese caso, puede seguir con su proveedor hasta después del parto y por hasta 60 días de atención médica posparto.
 - Está embarazada cuando se inscribe en WellCare of Kentucky y recibe servicios de un proveedor de tratamientos de salud conductual. En ese caso, puede seguir con su proveedor hasta después del parto.
- Si su proveedor deja WellCare of Kentucky, le informaremos por escrito al menos dentro de los 30 días desde que nosotros recibamos tal información. Le indicaremos cómo elegir un nuevo PCP o elegiremos uno por usted si no realiza su elección en un plazo de 30 días. Consulte “*Cómo Elegir a su Proveedor de Cuidado Primario*” en la Página 32.

Parte III: Procedimientos del Plan

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 cuidado primario para adultos

Queremos estar seguros de que puede seguir viendo a sus proveedores y recibiendo sus medicamentos. Pídale a su proveedor que nos llame al **1-877-389-9457 (TTY 711)** si cualquiera de las siguientes condiciones se aplican 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
- Usted necesita ver a un especialista
- Necesita recibir 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 preguntas, 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 si su hijo no recibe un control médico. Esta es una de las maneras en que lo 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.

La siguiente tabla incluye recomendaciones publicadas por la American Academy of Pediatrics y Bright Futures, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF)^{1,2,3,4}.

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
Recién Nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé* al nacer • Control de la audición • Análisis de sangre al recién nacido • Primera dosis de dos de la vacuna contra la hepatitis B (HepB)
De 3 a 5 días	<ul style="list-style-type: none"> • Esta consulta 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 al recién nacido (si no se realizó al nacer) • Primera dosis de dos de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si no la recibió al nacer)
1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé • Análisis de sangre al recién nacido (si aún no se realizó) • Primera dosis de dos de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió) • Examen de diagnóstico de TB
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé • Análisis de sangre al recién nacido (si aún no se realizó) • Vacunas: rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina (DTaP); <i>haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV)

Parte III: Procedimientos del Plan

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
4 meses	<ul style="list-style-type: none">• Control rutinario del bebé• Análisis de sangre al recién nacido (si aún no se realizó)• Vacunas: rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina (DTaP); <i>haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV) (si aún no las recibió)• Examen de detección de hemoglobina (Hgb)
6 meses	<ul style="list-style-type: none">• Control rutinario del bebé• Análisis de sangre al recién nacido (si aún no se realizó)• Vacunas: Tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (recomendada entre los 6 y los 18 meses de edad); rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina (DTaP); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV) (si aún no las recibió)• Comenzar con la vacuna anual contra la gripe (otoño o invierno)• Examen de detección de TB, examen de diagnóstico de salud bucal y evaluación de riesgo de plomo en sangre
9 meses	<ul style="list-style-type: none">• Control rutinario del bebé• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido (si aún no se realizó), incluye hemoglobina o hematocrito• Vacunas: Tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió); (recomendada entre los 6 y los 18 meses de edad); tercera dosis de las vacunas contra el poliovirus inactivado (IPV) (si aún no las recibió, recomendada entre los 6 y los 18 meses de edad); 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Análisis de sangre al recién nacido (si aún no se realizó), incluye hemoglobina o hematocrito, si no se realizó en la consulta de los 9 meses • Vacunas: tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y los 18 meses de edad); tercera dosis de las vacunas contra el poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y los 18 meses de edad); <i>haemophilus influenzae</i> de tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); varicela (VAR); sarampión, paperas, rubeola (MMR); 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 • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas: tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; recomendada entre los 6 y los 18 meses de edad); cuarta dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP) (recomendada entre los 15 y los 18 meses de edad); <i>haemophilus influenzae</i> de tipo B (Hib) y antineumocócica conjugada (PCV); tercera dosis de las vacunas contra el poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y los 18 meses de edad); segunda dosis de las vacunas contra la hepatitis A (HepA) (recomendada entre los 12 y los 23 meses de edad); 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 • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**

Parte III: Procedimientos del Plan

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del bebé • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas: tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; recomendada entre los 6 y los 18 meses de edad); cuarta dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP) (si aún no la recibió; recomendada entre los 15 y los 18 meses de edad); tercera dosis de las vacunas contra el poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y los 18 meses de edad); segunda dosis de las vacunas contra la hepatitis A (HepA) (se debe aplicar 6 meses después de la primera dosis; se recomienda entre los 12 y los 23 meses de edad); vacuna anual contra la gripe (si aún no la recibió) • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo y salud bucal, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
24 meses (2 años)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 bucal y colesterol (dislipidemia) como también evaluación de riesgo de plomo en sangre • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**
30 meses (2½ años)	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Consulta 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año
De 4 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacunas: quinta dosis de la vacuna DTaP; cuarta dosis de la vacuna IPV; segunda dosis de la vacuna MMR; segunda dosis de la vacuna VAR; vacuna anual contra la gripe (si aún no la recibió) • Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud bucal, 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) • Consulta dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año • Análisis de orina a los 5 años

Parte III: Procedimientos del Plan

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
De 6 a 20 años	<ul style="list-style-type: none">• 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• Consulta 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	<ul style="list-style-type: none">• 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• Consulta 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 Afiliadas sexualmente activas***

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
De 13 a 14 años	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Consulta 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Consulta 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 Afiliadas sexualmente activas a partir de los 16 años***
De 18 a 20 años (hasta los 21 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Control rutinario del niño cada año • Vacunas de actualización, según sea necesario • Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió • Consulta 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 Afiliadas 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 consultas dentales pueden recomendarse a partir de los 6 meses de edad.

***Las Afiliadas 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 consultado a su PCP en los últimos tres meses, llame y programe 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 percentil >85 para edad y sexo; peso para estatura percentil >85; O peso >120% del ideal para la estatura) 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 consultado a su PCP 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 todas las personas con diabetes ser examinadas cada tres meses y realizarse 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 un Afiliado 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:

¹American Academy of Pediatrics y Bright Futures. Recommendations for preventive pediatric healthcare.

²Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, publicado anualmente. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 6 years – Estados Unidos.

³Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, publicado anualmente. Recommended immunization schedule for persons aged 7 through 18 years – Estados Unidos. ⁴Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, publicado anualmente. Catch-up immunization schedule for persons aged 4 months through 18 years who start late or who are more than 1 month behind – Estados Unidos.

Examen Anual de Salud Reproductiva

Hacerse el examen anual de salud reproductiva 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
- Le pedirá que se haga una mamografía basada en su edad y otros factores

Si no se ha hecho su examen anual de salud reproductiva, 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.

La siguiente tabla incluye recomendaciones publicadas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF); los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; la American Academy of Family Physicians; la Sociedad Americana Contra el Cáncer; la American Academy of Pediatrics; el American Congress of Obstetricians and Gynecologists; la American Society of Clinical Oncology; la National Comprehensive Cancer Network (NCCN); la American Diabetes Association; y la American Optometric Association.¹⁻¹³

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

- **Edades: de 18 a 39 años:** Frecuencia de examen: cada 1 a 3 años (se indica la prueba de Papanicolaou anual, a menos que se realicen 3 pruebas normales consecutivas, lo que permite la realización de pruebas de Papanicolaou cada 3 años) (Nota: En algunos mercados, de 21 a 39 años)
- **Edades entre 40 y 64 años:** Frecuencia de examen: cada 1 o 2 años en función de los factores de riesgo
- **Mayores de 65 años:** Frecuencia del examen: cada año

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
Adolescentes de 18 años en adelante Adultos de 21 años en adelante	Presión arterial, estatura, 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 del PCP
Adultos de 21 años en adelante, especialmente si son de alto riesgo	Colesterol	Cada 5 años (con mayor frecuencia si está elevado)
Adultos de 21 años o más	Examen de Papanicolaou y clamidia, empezando a los 16 años	Cada 1 a 3 años o según la recomendación de su PCP
Adultos de 40 años o más	Mamografía	Cada 1 a 2 años

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
Adultos de 50 años o más	Examen de detección de cáncer colorrectal	Periódicamente, según el examen
	Examen de diagnóstico de audición	Periódicamente
Adultos de más de 65 años o de más de 60 años en riesgo	Osteoporosis (densitometría ósea)	Cada 2 años o según la recomendación de su PCP
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 es diabético o tiene otros factores de riesgo

Inmunizaciones

Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Td/Tdap)	Tdap para adultos mayores de 18 años. Puede sustituir la Td por una dosis única de Td, y luego reforzar con Td cada 10 años
Varicela (VZV)	Todos los adultos sin evidencia de inmunidad a la varicela deben recibir dos dosis de la vacuna contra la varicela de antígeno simple si no se vacunaron antes, o la segunda dosis si recibieron solo una dosis
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	Los adultos nacidos durante o después de 1957 deben recibir de una a dos dosis
Antineumocócica polisacárida (PPSV)	Una dosis para los adultos de 65 años o más y para todos los adultos que fuman o tienen ciertas afecciones crónicas Puede necesitar una segunda dosis si se le identifica como persona en alto riesgo
Gripe estacional	Todos los adultos una vez al año
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

Parte III: Procedimientos del Plan

Inmunizaciones	
Vacuna contra la Hepatitis B (HepB)	Tres dosis para adultos en riesgo de 18 años o más
Vacuna conjugada contra el Meningococo (MCV)	Una dosis para los estudiantes de primer año que viven en dormitorios y no se vacunaron previamente con MCV Una dosis para otros adultos en riesgo de 18 años o más Se prefiere la vacuna antimeningocócica polisacárida para los adultos ≥ 56 años
Virus del papiloma humano (HPV)**	**Para Afiliados elegibles hasta los 26 años de edad (serie de tres dosis)
Zóster	Una dosis para adultos de 60 años o más
<i>Haemophilus influenzae</i> de tipo B (Hib)	Una dosis para los Afiliados elegibles que están en alto riesgo y que no han recibido previamente la vacuna Hib
Vacunas contra el COVID-19	Hable con su proveedor sobre las últimas pautas y recomendaciones de elegibilidad

Prevención

- Conversar sobre la aspirina para proteger la salud del corazón. Hablar con su proveedor acerca de su edad, sexo, y factores de riesgo
- Comentar la importancia de los exámenes preventivos (mamografías y autoexamen de mama para las Afiliadas de alto riesgo y con antecedentes familiares)
- Conversar sobre las pruebas de diagnóstico de próstata después de los 40 años de edad

Asesoramiento

- **Consumo de calcio:** Hable con su médico acerca de su edad, sexo y factores de riesgo
- **Ácido fólico:** Hable con su proveedor acerca de su edad, sexo y factores de riesgo, especialmente si está embarazada, planea quedar embarazada o ha tenido hijos en el pasado
- **Otros temas:** abandono del hábito tabáquico, consumo de drogas o alcohol, STI/VIH, nutrición, lactancia, actividad física, exposición al sol, salud bucal, prevención de lesiones, listas de medicamentos y seguridad cuando se toman varios medicamentos, y directivas anticipadas

NOTAS:

- ¹ Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF). Recomendaciones sobre diversos temas.
- ² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention.
- ³ American Academy of Family Physician. Recomendaciones clínicas.
- ⁴ Sociedad Americana Contra el Cáncer. 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 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recommended adult immunization schedule for ages 19 years or older - Estados Unidos, publicado anualmente.
- ⁹ American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement on breast cancer screening guidelines.
- ¹⁰ American Society of Clinical Oncology. Pautas de práctica clínica.
- ¹¹ National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Pautas del NCCN.
- ¹² American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes, publicado anualmente.
- ¹³ American Optometric Association. Recommended eye examination frequency for pediatric patients and adults.

Exención de Responsabilidad Legal: hable con su(s) médico(s) acerca de la atención médica adecuada para usted. Este material no reemplaza el consejo de tu médico. Se basa en fuentes externas. Te lo brindamos solo para tu 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 emergencia de salud.

Directivas anticipadas

Existe la posibilidad de que llegue un momento en el que no pueda administrar su propia atención médica. Si esto sucede, un miembro de la familia u otra persona cercana a usted tendrá que tomar decisiones de salud para usted. Al planificar con anticipación ahora, puede coordinar que sus deseos se lleven a cabo. Una directiva anticipada es un conjunto de instrucciones que usted proporciona en relación con la atención médica y de salud mental que desea, que podría ser útil si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Realizar directivas anticipadas es su decisión. Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si pierde la capacidad de tomar sus propias decisiones y no cuenta con directivas anticipadas, su proveedor consultará sobre su atención a alguna persona cercana a usted. Si no desea cierto tipo de cuidado, tiene derecho a informar a su proveedor que no lo desea. Ahora se recomienda encarecidamente que hable de sus deseos para el tratamiento de salud

médica y conductual con su familia y amigos. Esto ayudará a garantizar que usted obtenga el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decirle a sus proveedores lo que desea.

Para esto, debe completar una directiva anticipada. Este es un documento legal que informa a los demás el tipo de cuidado que desea recibir si no puede comunicarse por sí mismo.

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

Testamento vital

En Kentucky, un **testamento vital** es un documento legal que les informa a otros que usted desea tener una muerte natural en los siguientes casos:

- Si tiene una enfermedad incurable con una afección irreversible que provocará su muerte dentro de un breve período
- Si está inconsciente y su médico determina que es altamente improbable que recupere la consciencia
- Si presenta demencia avanzada o una afección similar que produzca una pérdida cognitiva importante y es muy improbable que la afección sea limitada

En un testamento vital, puede indicarle a su proveedor que no utilice ciertos tratamientos que prolongan la vida, como un respirador mecánico (denominado “respirador” o “ventilador”), o que deje de suministrarle alimentos y agua por una sonda de alimentación.

Un testamento vital solo entrará en vigor cuando su proveedor junto con otro proveedor determinen que usted cumple con una de las condiciones indicadas en el testamento vital. Se recomienda encarecidamente que hable ahora de sus deseos con sus amigos, su familia y su médico para que puedan ayudarle a asegurarse de que recibe el nivel de atención que desea al final de su vida.

Poder Notarial para la Atención Médica

Un poder notarial para la atención médica es un documento legal en el que usted puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención médica para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted cuando ya no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede informar qué tratamientos médicos o de salud conductual le gustaría recibir o no. Debe elegir a un adulto en quien confíe como su agente de atención médica. Converse sobre sus deseos con las personas que quiere que actúen como sus agentes antes de nombrarlos por escrito.

Una vez más, siempre es útil conversar sobre sus deseos con su familia, amigos y proveedor. Un poder notarial para la atención médica entrará en vigor cuando un proveedor declare

por escrito que usted ya no puede realizar ni comunicar sus elecciones de atención médica. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un proveedor realice esta determinación, la ley proporciona un proceso para que lo haga una persona diferente de un proveedor.

Instrucción anticipada para el tratamiento de la salud mental

Una instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental es un documento legal en el que se le indica a los proveedores qué tratamientos de salud mental desea y cuáles no desea. Esto es importante si más tarde no puede decidir por sí mismo. También puede nombrar a una persona para que tome esas decisiones por usted en ese momento. Su instrucción anticipada puede ser un solo documento. También puede combinarlo con un poder notarial para la atención médica. Un proveedor puede realizar una instrucción anticipada para la salud mental. El proveedor debe escribir y declarar que usted no puede tomar o comunicar las decisiones de salud mental para sí mismo.

Un adulto puede ejecutar una directiva anticipada para el tratamiento de la salud mental que incluya una o más de las siguientes opciones:

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

Recuerde... 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 atención médica, 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)

Parte III: Procedimientos del Plan

- Si completa una directiva, no afectará nada que se base en su vida o muerte (por ejemplo, seguro de vida)
- Usted debe estar en pleno uso de sus facultades para completar una
- Debe ser mayor de 18 años o menor de edad emancipado (legalmente libre)
- Deben firmarlo usted y dos testigos
- Después de completar una, consérvela en un lugar seguro. También debe entregar una copia a alguien de su familia y a su PCP
- 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, le ayudará a encontrar a otra persona que pueda); de lo contrario, debe cumplir sus deseos
 - 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 directivas anticipadas:

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

Procedimientos de protestas 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. Protestas (o quejas)
2. Apelaciones:

La ley estatal le permite expresar toda inquietud que pueda tener con nosotros. El estado también estableció 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

Realizamos un seguimiento de todas las protestas y apelaciones para ayudarnos a mejorar el servicio que le brindamos.

Tenemos un equipo de especialistas calificados en protestas y apelaciones responsables de procesar y resolver su queja o apelación. Trataremos con mayor detalle el tema de las protestas y apelaciones más adelante en este manual. Si tiene alguna pregunta, llame al **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, braille o audio).

Protestas

Si Tiene Problemas con su Plan de Salud

Podrá presentar una protesta para informarnos que no está conforme con nuestro plan, la atención, un proveedor, un beneficio o servicio. Los ejemplos de las cuestiones que podrían derivar en una protesta 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, serán manejados de acuerdo a los procedimientos de quejas que se describen a continuación.

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

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

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

Si desea cancelar la inscripción al plan, primero debe presentar una protesta formal por causa con el plan. Puede hacer esto en cualquier momento por escrito o llamándonos.

Parte III: Procedimientos del Plan



Llámenos al 1-877-389-9457 (TTY 711).

Atendemos de lunes a viernes,
de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este



Escriba a: WellCare of Kentucky

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

Le proporcionaremos una resolución por escrito en un plazo de 30 días.

Su solicitud de cancelación de inscripción debe incluir lo siguiente:

- Su nombre y apellido
- Número del Seguro Social
- Número de identificación de KY Medicaid para usted y todos los miembros de la familia que solicitan la cancelación de la inscripción
- 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 con la decisión.

Si no aprobamos el cambio, puede comunicarse con nosotros por fax o correo:

Cabinet for Health and Family Services Department for Medicaid Services
Division of Provider and Member Services
275 East Main Street, 6E-C
Frankfort KY 40621
Fax: (502) 564-3852

El cambio puede tardar hasta 90 días. Si tiene preguntas o necesita ayuda con el proceso, puede llamarnos al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. O puede llamar a Servicios para Miembros de Kentucky Medicaid al **1-800-635-2570**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este.

Recibirá un aviso que el cambio se realizará antes de una fecha dada. WellCare of Kentucky le brindará la atención médica que necesita hasta ese momento.

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

También puede comunicarse con el **Programa Medicaid Managed Care Ombudsman** para obtener ayuda con los problemas que tiene con WellCare of Kentucky o con nuestros servicios, proveedores o cuidados. Ellos podrán ayudarle con su Protesta. Consulte la página 127 para obtener más información sobre el *Programa Ombudsman*.

Si No Está Conforme con su Plan de Salud: Cómo Presentar una Protesta (Queja)

Pasos del proceso de protesta	
<p>1 Comuníquese con nosotros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 protesta por correo: WellCare of Kentucky Attn: Appeals and Grievance Department P.O. Box 436000 Louisville, KY 40253
<p>2 Primera notificación que usted recibe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>3 Segunda notificación que usted recibe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si no tomamos una decisión en los primeros cinco días hábiles, tendremos una decisión para usted dentro de 30 días calendario después de recibir su protesta • Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su protesta • 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

Parte III: Procedimientos del Plan

Si su queja es acerca de la denegación de una apelación acelerada, le informaremos por escrito que la hemos recibido dentro de las 24 horas siguientes a su recepción. Revisaremos su queja sobre la denegación de una apelación acelerada y le indicaremos cómo lo resolvimos por escrito en un plazo de cinco días a partir de la recepción de dicha queja.

Si no está conforme con cómo resolvemos su problema, puede presentar una queja ante el **Programa Medicaid Managed Care Ombudsman**. El Programa Ombudsman puede analizar sus preocupaciones y ayudarle con su problema. Consulte la Página 127 para obtener más información sobre el *Programa Ombudsman*.

Apelaciones:

Si no está conforme con nuestra decisión sobre su atención médica, puede presentar una apelación:

- Si no está conforme con una acción que hemos realizado o con lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, consulte la Página 83 sobre *Autorizaciones Previas*. **Usted puede presentar una apelación o una solicitud para que revisemos la decisión.** Tiene 60 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una apelación.
- Puede presentar una apelación usted mismo, o bien, su representante autorizado puede hacerlo por usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457 (TTY 711)** o visite **www.wellcareky.com** si necesita ayuda para presentar 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 ayudarle a completar el formulario de apelación.
- Si su revisión de apelación necesita ser acelerada (revisada más rápido que el plazo estándar) porque usted tiene una necesidad inmediata de servicios de salud, no necesita hacer un seguimiento por escrito después de que usted nos llame.
- No lo trataremos de forma diferente porque presente una apelación.
- Para presentar una apelación, escriba a la siguiente dirección:

Envíe sus solicitudes de apelación por escrito aquí	
Para solicitudes de apelaciones para servicios médicos: WellCare of Kentucky Attn: Appeals Department Appeals Department P.O. Box 436000 Louisville, KY 40253	Para solicitudes de apelaciones para medicamentos de farmacia: MedImpact Healthcare Systems, Inc. Appeals and Grievances Department 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Fax: 1-866-201-0657	Fax: 1-858-790-6060

- Para presentar una apelación por teléfono, llame al 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, incluido los registros médicos y cualquier otro documento y registros que se utilicen para tomar una decisión sobre su caso sin costo.
- Puede hacer preguntas y brindar cualquier información (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que considere que nos ayudarán 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 apelaciones aceleradas.
- **Si necesita ayuda para entender el proceso de Apelaciones**, puede comunicarse con el **Programa Medicaid Managed Care Ombudsman**. Consulte la Página 127 para obtener más información sobre el *Programa 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 proveedor que no es parte de nuestra red mientras que usted reside en una zona rural o en un área con una cantidad de proveedores limitada
- 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).

Parte III: Procedimientos del Plan

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
- Sea menor de edad
- Sea adulto y con capacidades limitadas (discapacitado)
- Haya 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.

Revisión acelerada (rápida)

- 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 acelerada, lo llamaremos para comunicarle nuestra decisión dentro de las 72 horas desde su apelación. 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 o más tiempo para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación al plan, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y diremos que necesitamos más tiempo o que se necesita más información. Lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué la demora 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, simplemente solicítelo. Usted, su proveedor o alguien en quien usted confía, puede pedirnos que retrasemos su caso en 14 días calendario. Queremos tomar la decisión que mejor cuide su salud. Para eso, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

No se lo tratará de manera diferente ni se lo sancionará cuando presente una protesta o apelación. Esto también es válido para un proveedor que apoya la protesta o la apelación de un afiliado.

Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden revisar la información utilizada para tomar la decisión sobre su apelación. 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, se presenta un resumen de los plazos que usaremos para tomar decisiones sobre las apelaciones.

Tipo de solicitud de apelación	Cantidad Máxima de Tiempo para Tomar una Decisión
Apelación acelerada	72 horas o menos (si su salud lo requiere)
Apelación previa al servicio (por la atención médica que aún no recibió)	30 días calendario
Apelación posterior al servicio (para la atención médica 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 una decisión que tomamos que redujo, detuvo o limitó sus servicios después de que recibió nuestra decisión sobre su apelación, puede solicitar una **Audiencia Imparcial del Estado** (audiencia, para abreviar) de Kentucky Medicaid. Puede solicitar una audiencia por escrito. 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 que le dimos. Una Audiencia Imparcial del Estado es su oportunidad de brindar más información y presentar hechos, y de hacer preguntas sobre nuestra decisión ante un juez de la ley administrativa. El juez de la Audiencia Imparcial del Estado no forma parte de WellCare of Kentucky de ninguna manera.

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 niega un servicio o parte de un servicio.

Solo usted o su representante autorizado puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado dentro de los 120 días siguientes al día en que le informamos nuestra decisión de su apelación

Si necesita ayuda para entender el Proceso de Audiencia Imparcial del Estado, puede comunicarse con nosotros o con el Programa Medicaid Managed Care Ombudsman.

Consulte la Página 127 para obtener más información sobre el *Programa 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 deben presentar su apelación ante nosotros de manera oportuna y solicitar continuar con sus beneficios dentro de los 10 días calendario después de que le enviemos por correo la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o dentro de los 10 días calendario de la fecha efectiva prevista de la acción propuesta por el plan, lo que ocurra más tarde
- 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 recibéndolos 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

Parte III: Procedimientos del Plan

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 Medicaid Managed Care Ombudsman

El Programa Medicaid Managed Care Ombudsman es un recurso con el cual puede comunicarse si necesita ayuda con sus necesidades de atención médica. El Programa Ombudsman es una organización independiente, sin fines de lucro cuya prioridad número uno es garantizar que las personas y las familias que reciben Kentucky Medicaid tengan acceso a la atención que necesitan.

El Programa Ombudsman puede hacer lo siguiente:

- Responder sus preguntas sobre sus beneficios
- Ayudarlo a entender sus derechos y responsabilidades
- Proporcionar información acerca de Medicaid y Medicaid Managed Care
- Responder sus preguntas sobre cómo afiliarse o desafiliarse de un plan de salud
- Ayudarlo a comprender alguna notificación que haya recibido
- Derivarlo a otras agencias que también puedan ayudarlo con sus necesidades de atención médica
- Ayudarlo a resolver problemas que tenga con su proveedor de atención médica o plan de salud
- Actuar como su defensor cuando está lidiando con un problema o reclamo que afecta el acceso a la atención médica
- Proporcionar información para ayudarlo con una apelación, protesta, mediación o Audiencia Imparcial del Estado
- Conectarlo con servicios legales en caso de que los necesite para resolver un problema con su atención médica

Puede comunicarse con el Programa Ombudsman:

Por teléfono: **1-800-372-2973** (TTY **1-800-627-4702**) **(502) 564-5497**

Fax: **(502) 564-9523**

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

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

Por correo postal:

**The Office of the Ombudsman
Cabinet for Health and Family Services
275 E. Main St. 2E-O
Frankfort, KY 40621**



Importante

Información del afiliado

Su Membresía en WellCare of Kentucky

Esta sección le informa sobre cómo inscribirse y dejar nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Inscripción

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 puede 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 talón 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 consultar a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica
- No poder consultar a enfermeras parteras certificadas, enfermeros pediátricos especializados o enfermeros de familia especializados si están disponibles en el área donde usted vive
- No poder consultar a un proveedor para los exámenes de detección de cáncer de mama, el examen de Papanicolaou o 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 cinco años. También se puede actualizar a través del sitio web de Kynect : **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: Si no aprueba el acceso al HUB, debe completar el proceso de renovación con DCBS. Puede hacerlo mediante la devolución de un formulario de renovación completo o mediante una entrevista por teléfono.

Información Importante sobre el Afiliado

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 preguntas sobre la renovación de su elegibilidad para Medicaid, llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**). También puede llamar a su Especialista en 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 inscripción

1. Si USTED Decide Abandonar el Plan (Cancelación de Inscripción 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 una protesta o una apelación aunque haya dejado nuestro plan.
- Si desea dejar WellCare of Kentucky en cualquier otro momento, puede hacerlo **solamente** con un buen motivo (con 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 para tratar su afección médica

• **Cómo Cambiar Planes**

- Puede solicitar cambiar los planes. Para cambiar los planes usted debe escribir o llamar a WellCare of Kentucky o Medicaid con sus motivos para la solicitud. Si su solicitud de cambio no es concedida, usted puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Consulte la Página 125.
 - 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 la atención médica que necesita hasta ese momento.
- Si desea cancelar la inscripción al Plan, primero debe presentar una protesta formal por causa ante el Plan. Puede hacerlo en cualquier momento por escrito o por teléfono.

- Llámenos al **1-877-389-9457 (TTY 711)**.
Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este

- 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 de inscripción debe incluir lo siguiente:
 - Su nombre y apellido
 - Número del Seguro Social
 - Número de identificación de KY Medicaid para usted y todos los miembros de la familia que solicitan la cancelación de la inscripción
 - Su domicilio y número de teléfono actuales
 - El motivo por el que solicita la cancelación de la inscripción
 - Incluya el nombre de su PCP y el hospital que utiliza

WellCare of Kentucky le enviará una carta con la decisión.

Si no aprobamos el cambio, puede comunicarse por fax o correo con:

Cabinet for Health and Family Services Department for Medicaid Services

Division of Provider and Member Services

275 East Main Street, 6E-C

Frankfort KY 40621

Fax: (502) 564-3852

Información Importante sobre el Afiliado

El cambio puede tardar hasta 90 días. Si tiene preguntas o necesita ayuda con el proceso, llámenos al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. O puede llamar a Servicios para Miembros de Kentucky Medicaid al **1-800-635-2570**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este.

Recibirá un aviso que el cambio se realizará antes de una fecha dada. WellCare of Kentucky le brindará la atención médica que necesita hasta ese momento.

- La cancelación de la inscripción CON causa puede hacerse en cualquier momento durante el año si usted tiene un motivo específico para solicitar el cambio. A continuación, se indican los motivos por los que puede solicitar una cancelación de la inscripción con causa:
 - WellCare of Kentucky no cubre el servicio que usted necesita por objeciones religiosas o morales
 - Necesita servicios relacionados que 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, incluido la mala calidad de la atención médica, la falta de acceso a los servicios cubiertos en el contrato, o la falta de acceso a los proveedores experimentados en tratar con sus necesidades especiales.

2. Puede Volverse No Elegible para la Atención Administrada de Medicaid (Cancelación de la Inscripción Involuntaria)

- Es posible que tenga que abandonar 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
 - Se abusa de los Afiliados, proveedores o el personal del plan de salud o los lastima
 - 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

Información Importante sobre el Afiliado

- 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 usted no es elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden cesar. Si esto sucede, llame al DCBS al (502) 564-3703 o comuníquese con ellos por fax al (502) 564-6907.

Dirección postal:

**275 E. Main St. 3W-A
Frankfort, KY 40621**

También puede comunicarse con el **Programa Medicaid Managed Care Ombudsman** para hablar sobre sus opciones de apelación. Consulte la Página 127 para obtener más información sobre el *Programa Ombudsman*.

Información Importante sobre WellCare of Kentucky

Aquí hablamos de algunas de las cosas que hacemos “detrás de escena”. Llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este.

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

Posiblemente, tenga preguntas sobre cómo funciona nuestro plan. Por ejemplo:

- ¿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.

Información Importante sobre el Afiliado

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
- Procedimientos médicos
- Dispositivos médicos
- Productos farmacéuticos

Usted Puede Ayudar con las Políticas del Plan

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.

Puede preguntar sobre el grado de satisfacción de los Afiliados con nuestro plan. También puede brindar comentarios o sugerencias sobre nuestro desempeño o sobre cómo podemos mejorar nuestros servicios. Para obtener cualquiera de esta información, visite www.wellcareky.com y haga clic en “Contact Us” (Comuníquese con Nosotros).

Tal vez le gustaría trabajar con un comité de Afiliados en nuestro plan de salud o con el estado de Kentucky, como el WellCare of Kentucky Quality Member Advisory Committee (QMAC). Para obtener más información sobre cómo puede ayudar o cómo puede unirse a un comité, escribanos a:

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

Asegúrese de incluir su nombre, número de teléfono y el número de identificación de Afiliado que aparece en su 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 de Medicaid, infórmelo.

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 obtuvo o no eran médicamente necesarios
- 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 ni otro seguro de salud al solicitar Medicaid.
- Una persona que no obtiene Medicaid usa una tarjeta de miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro.

**Como nuestro afiliado,
tiene ciertos derechos y
responsabilidades.**

Informe de fraude, desperdicio 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 consultado.

Información Importante sobre el Afiliado

Si conoce cualquier tipo de fraude, llame a nuestra línea directa de fraude las 24 horas al **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 en <https://www.wellcareky.com/members/medicaid/member-rights-policies/fraud-and-abuse.html>. Dar un informe a través de Internet también es confidencial.

Informe de Fraude, Dispensio y Abusos a Kentucky Medicaid

- Llame a la Línea de Medicaid para Informar sobre Fraude, Dispensio y Abuso en el Programa, al **1-800-372-2970**
- Llame a la Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de 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:

- Cuidado de acogida
- Adopción
- Cuidado infantil

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

- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), antes conocido como 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.

Ayuda del Servicio de Atención al Cliente

Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457 (TTY 711)** para obtener ayuda **en cualquier momento que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), averiguar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con las derivaciones, reemplazar una tarjeta de ID perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé o consultar sobre cualquier cambio u otros asuntos que

podrían afectarlo a usted o los beneficios de su familia. Podemos responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de la información de este manual.

Manténganos informados

Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457 (TTY 711)** cuando se produzcan alguno de estos cambios en su vida:

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

Si ya no recibe Medicaid, verifique con su Departamento de Servicios Sociales local. 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 para 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 proveedor qué tipo de cuidado recibirá.
- Hacer preguntas y recibir información completa relacionada con su afección médica y opciones de tratamiento, incluida la atención especializada sin importar el costo o la cobertura de beneficios, sus elecciones ni los riesgos involucrados (esta información se le debe entregar de un modo que usted pueda entender);
- Acceder oportunamente a atención médica 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;

Información Importante sobre el Afiliado

- Saber sobre sus necesidades de atención médica después de salir del consultorio médico o de recibir el alta hospitalaria;
- Rehusar cuidados médicos, siempre que acceda a asumir la responsabilidad de su decisión.
- Rehusar participar en cualquier investigación médica;
- Quejarse sobre el plan o atención médica que le suministramos o apelar; también, saber que, si lo hace, no modificará su modo de tratamiento;
- Los Indios Americanos afiliados a WellCare of Kentucky son elegibles para recibir servicios de un proveedor I/T/U participante o un PCP I/T/U podrá recibir servicios de ese proveedor si forma 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, derivación 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 libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Recibir información de acuerdo con el Título 42 Sección 438.10 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.);
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos de parte de su médico de conformidad con las leyes federales y estatales 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
- Obtener 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 los Estatutos Revisados de Kentucky (KRS 311.621 a KRS 311.643);

- Emitir su opinión en cuanto a nuestras políticas de derechos y responsabilidades del Afiliado;
- Utilizar nuestro proceso de protesta para presentar una protesta, 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 observe 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 salud de acuerdo con el Título 42 Sección 438.10 del C.F.R, 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 lo siguiente:

- Conocer sus derechos
- Suministrar información que nosotros y sus proveedores necesitan 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

Información Importante sobre el Afiliado

- Ayudar a establecer objetivos de tratamiento que usted y su médico acuerden mutuamente
- Leer el manual a fin de entender 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 lo antes posible
- 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 proveedor
- 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 consultar a su PCP si no mejora o pedir una segunda opinión.
- Comunicarnos si tiene problemas con algún personal de la 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 necesite atención médica, incluso si es fuera 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 Servicio 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
- Recupere 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 u otras discapacidades
- Pólizas de seguro de salud estudiantil
- Pólizas de seguro de salud deportiva
- Conceptos básicos

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 tienen 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.

Información Importante sobre el Afiliado

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 la HIPAA y su PHI, escriba a nuestro Oficial de Privacidad a:

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. Escriba a:

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 EE. UU. al **1-877-696-6775**.

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de 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>.

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 दनुहोस्: तपार्इंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इंको नमित्तिभाषा सहायता सेवाहूरू नःशुल्क 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.wellcareky.com



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



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.