



Más beneficios.
SIN COSTO.

Manual para **2010**
Miembros

 **WellCare**[®]
de Ohio, Inc.



AVISO DE DÍAS FERIADOS

Por favor vea más abajo la lista de días feriados para el año calendario 2010.

Durante estos cierres programados, los miembros podrán acceder a nuestro sitio web en ohio.wellcare.com. Nuestro teléfono automatizado y la línea de asesoramiento personal sobre salud también están disponibles durante las 24 horas del día, todos los días del año. El número de teléfono es 1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272).

Feriado	Fecha
Día de Año Nuevo	Viernes, enero 1 de 2010
Memorial Day (Día de los caídos en guerra)	Lunes, mayo 31 de 2010
Día de la Independencia	Lunes, julio 5 de 2010 (observación)
Día del Trabajo	Lunes, septiembre 6 de 2010
Día de Acción de Gracias	Jueves, noviembre 25 de 2010
Día posterior al Día de Acción de Gracias	Viernes, noviembre 26 de 2010
Día de Navidad	Viernes, diciembre 24 de 2010 (observación)

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a este aviso, por favor llame sin cargo a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272).



TABLA DE CONTENIDO

Bienvenido a WellCare	1
Cómo empezar	1
1. Tarjetas de identificación (ID) - Conserve siempre sus tarjetas de ID con usted	1
2. Selección de un Proveedor de Cuidado Primario (PCP).....	2
3. Cambio de su PCP.....	2
4. Proveedores fuera del panel.....	2
5. Si necesita asistencia, llame a Servicios a Miembros de WellCare	2
6. Conozca la línea de asesores personales de salud (la línea de urgencia de WellCare atendida por enfermeras, las 24 horas).....	3
7. Aprenda cómo utilizar sus beneficios de cuidado de la salud.....	3
8. En caso de emergencia.....	3
9. Fraude y abuso.....	3
10. Los miembros de WellCare tienen ciertos derechos y responsabilidades.....	4
Información para nuevos miembros	4
Cómo obtener sus servicios médicos	4
Servicios cubiertos por WellCare	4
Servicios autorreferidos.....	5
Servicios que requieren un referido.....	5
Servicios que requieren autorización previa.....	6
Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias	6
Servicios de farmacia cubiertos por Ohio Medicaid	7
Servicios de emergencia	7
Servicios no cubiertos por WellCare o por Ohio Medicaid	8
Healthchek	8
Pautas preventivas para la salud	9
Adultos de 21 años en adelante	9
Desde recién nacido hasta los 21 años	11

Para recibir servicios de salud, WellCare no discrimina sobre la base de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de veterano de guerra, ancestros, estado de salud o necesidad de servicios de salud.



TABLA DE CONTENIDO

Directivas anticipadas	13
Usted puede elegir.....	13
Testamento vital.....	13
Orden de no resucitar.....	14
Poder legal permanente.....	14
Declaración de tratamiento de salud mental.....	14
Procesos de apelación y protesta de miembros	16
Cómo hacerle saber a WellCare si usted se siente insatisfecho o No está de acuerdo con una decisión nuestra.....	16
Audiencias Estatales.....	17
Sus derechos como miembro	18
Sus responsabilidades como miembro	19
Información importante que usted debe conocer acerca de Wellcare of Ohio	20
Enfermedad o lesión accidental (w).....	20
Otro seguro de salud (Coordinación de beneficios, COB).....	20
Pérdida de la elegibilidad para Medicaid.....	20
Pérdida de notificación de seguro (Certificado de cobertura acreditable).....	20
Renovación automática de la membresía de MCP.....	20
Cancelación de su membresía MCP.....	20
Elegir un nuevo plan.....	21
Cancelaciones de membresía con causa justa.....	21
Cancelaciones de membresía opcionales.....	22
Notificación de prácticas de privacidad	23



BIENVENIDO A WELLCARE

Bienvenido a WellCare of Ohio, Inc. ¡Nos complace que se haya unido a nuestra familia! Ahora usted es miembro de un plan de cuidado de la salud, también denominado Plan de Cuidado Administrado (MCP), para Familias y Niños Cubiertos beneficiarios de Medicaid, incluidos los beneficiarios de Healthy Start y Healthy Families.

Este es su manual para miembros. Le indica cómo funciona su plan de salud WellCare of Ohio. Por favor léalo. Consérvelo en un lugar seguro, para encontrarlo fácilmente cuando lo necesite.

Si tiene algún problema para leer o entender esta o cualquier otra información de WellCare, por favor comuníquese con nuestros Servicios a Miembros al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) para obtener ayuda sin costo para usted. Podemos ayudarle explicándole esta información o comunicándosela oralmente en español o en su idioma preferido. Podemos tener la información impresa en ciertos idiomas o en otros formatos. Si usted tiene una discapacidad auditiva o visual, podemos proveerle ayuda especial.

Contamos con personal atento y capacitado para responder todas sus preguntas. También puede visitar nuestra página web en **ohio.wellcare.com**. Esta página Web le ofrece una manera fácil de aprender más sobre nosotros y sobre sus beneficios, y cómo administrar su cuidado con nuestro plan.

A medida que trabaje con todos en WellCare, verá que lo ponemos a usted y a su familia en primer lugar para que reciban un mejor cuidado de la salud. Una vez más, bienvenido a WellCare. ¡Le deseamos muy buena salud!



CÓMO EMPEZAR

¡Es fácil! Sólo siga estos pasos y estará en camino de obtener el cuidado de la salud que necesita con WellCare.

① Tarjetas de identificación (ID)—Conserve siempre sus tarjetas de ID con usted

Usted ya debe haber recibido una tarjeta de ID de miembro de WellCare. Cada miembro de su familia que haya ingresado a WellCare recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta es válida por el tiempo en que la persona sea miembro de WellCare. No recibirá una nueva tarjeta cada mes, como sucedía con la tarjeta Medicaid.

Usted necesitará su tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios de cuidado médico. Esto quiere decir que usted necesitará su tarjeta de ID de WellCare cuando:

- Visite a su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Vea a un especialista u otro proveedor
- Vaya a una sala de emergencias
- Vaya a un centro de cuidado urgente
- Vaya al hospital por cualquier motivo
- Obtenga suministros médicos
- Obtenga una receta
- Se haga exámenes médicos

Llame lo antes posible a su Departamento de Servicios a Miembros de WellCare al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) si:

- Todavía no ha recibido su(s) tarjeta(s)
- Alguna información de la(s) tarjeta(s) es incorrecta
- Pierde su(s) tarjeta(s)

Un representante de Servicios a Miembros puede ayudarle de lunes a viernes de 7 am a 7 pm, hora del este.

② Selección de un Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Cada miembro de WellCare debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) del directorio de proveedores de WellCare. Su PCP es un médico individual o un grupo de médicos capacitados en obstetricia/ginecología (OB/GYN), medicina familiar (clínica general), medicina interna o pediatría.

Si está embarazada, puede elegir un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) como su PCP.

Su PCP trabajará con usted para administrar el cuidado de su salud. Su PCP se ocupará de sus controles y vacunas, y atenderá la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Si es necesario, su PCP lo referirá a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital.

Usted puede contactar a su PCP llamando a su consultorio. El nombre de su PCP y su número de teléfono aparecen impresos en su tarjeta de ID de WellCare.

③ Cambio de su PCP

Si por algún motivo usted quiere cambiar su PCP, debe llamar primero al departamento de Servicios a Miembros para solicitar el cambio.

Para los nombres de los PCP de WellCare, puede consultar su directorio de proveedores, en nuestro sitio web ohio.wellcare.com o llamar al departamento de Servicios a Miembros los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) para obtener ayuda.

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Simplemente llame a Servicios a Miembros los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**). Todos los cambios realizados entre el día 1 y 10 del mes se harán efectivos inmediatamente. Los cambios realizados después del día 10 del mes se harán efectivos el día 1 del mes siguiente.

WellCare le enviará una nueva tarjeta de ID y una carta para notificarle que su PCP ha sido cambiado y la fecha en la que puede comenzar a ver a su nuevo PCP.

④ Proveedores fuera del panel

Es importante recordar que usted debe recibir los servicios cubiertos por WellCare por parte de centros y/o proveedores del panel de WellCare. Vea la(s) página(s) 4 a 5 para obtener información sobre los servicios cubiertos por WellCare. La única oportunidad en que puede utilizar proveedores que no están en el panel de WellCare es para:

- Servicios de emergencia
- Centros de salud/clínicas de salud rurales con calificación federal
- Parteras enfermeras certificadas o profesionales de enfermería certificados
- Proveedores de servicios de planificación familiar calificados
- Centros de servicios comunitarios de salud mental
- Centros del Departamento de Servicios por Adicción al Alcohol y a las Drogas de Ohio que sean proveedores de Medicaid
- Un proveedor fuera del panel al que WellCare haya aprobado para consultar
- Farmacias para medicamentos con receta y algunos suministros médicos con receta que estén cubiertos por Ohio Medicaid—vea la página 7

Debe haber recibido un directorio de proveedores que enumera todo nuestro panel de proveedores, como también otros proveedores no pertenecientes al panel a los que usted puede consultar para recibir servicios. También puede visitar nuestro sitio web, ohio.wellcare.com, para obtener información actualizada sobre el panel de proveedores.

⑤ Si necesita asistencia, llame a Servicios a Miembros de WellCare

Llámenos y háganos cualquier pregunta que pueda tener. También puede preguntar sobre el funcionamiento del plan y la satisfacción de sus miembros, y proponer sugerencias para mejorar el servicio. Queremos escuchar lo que usted piensa de WellCare.

Un representante de Servicios a Miembros puede ayudarle los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este. Llame sin cargo al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) para:

- Solicitar una tarjeta nueva de ID
- Obtener ayuda para encontrar un proveedor (PCP, especialista, etc.) y para hacer citas
- Cambiar de PCP
- Presentar una queja
- Aprender más sobre servicios/beneficios cubiertos

6 Conozca la línea de asesores personales de salud (la línea de urgencia de WellCare atendida por enfermeras, las 24 horas)

El Asesor Personal de Salud es la línea de asesoramiento de WellCare atendida por enfermeras durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, todos los días del año, que se ofrece sin costo para usted. Llame al Asesor Personal de Salud al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) toda vez que alguien de su familia esté enfermo o lastimado, o necesite asesoramiento médico.

Usted obtendrá asesoramiento amable y útil. La enfermera le hará algunas preguntas acerca de su problema. Dígale a él o ella dónde le duele, qué aspecto tiene y qué se siente. La enfermera puede ayudarle a decidir si necesita:

- Cuidarse usted mismo en su hogar
- Ir al médico
- Ir al hospital

Puede obtener ayuda con problemas como:

- Un bebé que llora
- Dolor de espalda
- Quemaduras y cortes
- Tos, resfrío, gripe o malestar
- Mareos

Si piensa que es una emergencia, llame primero al 911 o a los servicios de emergencia locales.

7 Aprenda cómo utilizar sus beneficios de cuidado de la salud

Utilizar los beneficios de su plan de salud de WellCare es muy fácil. Para necesidades de salud que no sean de emergencia, llame a su PCP al número en su tarjeta de ID. Su PCP se ocupará de todo el cuidado médico de rutina para usted y, si es necesario, coordinará el cuidado de un especialista o de hospital.

8 En una emergencia

En caso de una emergencia médica, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Este manual explica más sobre su plan de salud y cómo acceder al cuidado de la salud. Por favor léalo atentamente. Preste especial atención a la sección de *Servicios de Emergencia*, allí encontrará una lista de ejemplos de lo que es una emergencia médica real.

9 Fraude y abuso

¿Qué es fraude y abuso en el cuidado de la salud?

Es cuando información falsa es dada a propósito. Esto puede ser hecho por un miembro o un proveedor.

Esta información falsa puede llevar a que alguien obtenga un servicio o beneficio que no es permitido.

Billones de dólares se pierden por fraude en el cuidado de la salud cada año. Eso significa dinero que se paga por servicios que nunca pudieron haber sido dados. También puede significar que el servicio facturado no es el que fue dado.

Estos son algunos ejemplos de fraude y abuso:

- Facturación de un servicio más costoso que el que fue realmente dado
- Más de una facturación por el mismo servicio
- Facturación de servicios que nunca fueron realizados
- Falsificar el diagnóstico de un paciente para justificar exámenes, cirugías u otros procedimientos que no son medicamente necesarios
- Completar reclamaciones por servicios o medicamentos no recibidos
- Falsificar o alterar facturas o recibos
- Tergiversar los procedimientos hechos para obtener el pago por servicios que no están cubiertos
- Cobrar más al plan o al miembro
- Usar el ID y/o la tarjeta de Medicaid de alguien más
- No aplicar los copagos o deducibles del paciente

Si usted sabe que ha ocurrido fraude, díganos.

Llame a nuestra línea de fraudes las 24 horas.

El número sin cargo es el **1-866-678-8355**. Es confidencial y usted puede dejar un mensaje sin dejar su nombre. Si usted deja su número de teléfono, lo llamaremos de vuelta. Haremos esto para asegurarnos de que nuestra información esté completa y correcta. También puede reportar un fraude en nuestro sitio web. Visite ohio.wellcare.com

Es también confidencial presentar un reporte a través de la web.

10 Los miembros de WellCare tienen ciertos derechos y responsabilidades

La ley de Ohio exige que sus proveedores de cuidado de la salud reconozcan sus derechos y también que usted respete los derechos de sus proveedores. Por favor lea el resumen de sus derechos y responsabilidades incluido en este manual.

Ahora está listo para comenzar a utilizar todos los beneficios de salud que recibe con WellCare. Esperamos poder trabajar con usted.

Asimismo, es posible que WellCare requiera autorización previa para medicamentos de una manera distinta a la de un plan de cargo por servicio de Medicaid. Por lo tanto, es muy importante que se comunique con Servicios a Miembros y/o consulte el sitio web en ohio.wellcare.com para averiguar si su(s) medicamento(s) necesita(n) autorización previa, y que luego su proveedor presente la solicitud a WellCare. Si su(s) medicamento(s) necesita(n) autorización previa, usted no puede obtenerlo(s) hasta que su proveedor envíe una solicitud y esta sea aprobada.

* INFORMACIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS

Si el mes anterior a convertirse en miembro de WellCare usted estaba en el plan de Medicaid de cargo por servicio y ya tenía servicios de cuidado de la salud aprobados y/o programados, es importante que llame a Servicios a Miembros *inmediatamente* (hoy o lo antes posible).

En ciertas situaciones, durante un breve período después de su inscripción, le permitiremos recibir cuidado de un proveedor que no pertenezca al panel de proveedores de WellCare. Además, le permitiremos continuar recibiendo los servicios que hayan sido autorizados por el plan de Medicaid de cargo por servicio. *Sin embargo, antes de que usted reciba el cuidado, debe comunicarse con WellCare.* Si usted no nos llama, no podrá recibir el cuidado y/o el pago de su reclamación. Por ejemplo, debe llamar a Servicios a Miembros si ya le han aprobado y/o programado alguno de los siguientes servicios:

- Trasplante de órganos, médula o células madre hematopoyéticas
- Cuidado prenatal (embarazo) en el tercer trimestre, incluido el parto
- Cirugía para pacientes internados/ambulatorios
- Una cita con un proveedor específico
- Tratamientos de quimioterapia o de radiación
- Servicios dentales y de la visión no rutinarios (por ejemplo, aparatos dentales o cirugía)
- Equipos médicos
- Servicios que recibe en su hogar, incluidos salud, terapias y cuidado de enfermería

* CÓMO OBTENER SUS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIOS CUBIERTOS POR WELLCARE

WellCare cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, a excepción de los servicios de farmacia que están cubiertos por Ohio Medicaid indicados en la página 7.

Estos servicios son cubiertos sin ningún costo para usted. Por favor comuníquese con Servicios a Miembros de lunes a viernes de 7 am a 7 pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) si tiene alguna pregunta.

- Servicio de ambulancia y transporte
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Servicios de profesionales de enfermería certificados
- Servicios quiroprácticos (espalda)
- Servicios dentales
- Servicios de terapia de desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad
- Servicios de diagnóstico (radiografías, laboratorio)
- Equipo médico duradero o no descartable
- Servicios de emergencia
- Servicios y suministros para la planificación familiar
- Servicios disponibles en un centro de salud con calificación federal o en una clínica de salud rural
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Cuidado en hospicio (cuidado para los enfermos terminales; por ejemplo, pacientes con cáncer)
- Servicios de hospital para pacientes internados

- Suministros médicos
- Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias
- Servicios de enfermería para una internación de corto plazo de rehabilitación
- Servicios obstétricos (cuidado de la maternidad prenatal y de posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo) y servicios ginecológicos
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Terapia física y ocupacional
- Examen físico requerido para un empleo o para participar en programas de entrenamiento laboral, si el examen no es provisto sin cargo por otra fuente
- Servicios de podología (pie)
- Exámenes preventivos de mamografía (mamas) y cáncer cervical (Papanicolaou)
- Servicios de proveedor de cuidado primario
- Diálisis renal (enfermedad del riñón)
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)
- Vacunas (inmunizaciones)
- Servicios de especialista
- Servicios del habla y de la audición, incluidos audífonos
- Servicios de visión (óptica), incluidos anteojos
- Exámenes para menores (Healthchek) de hasta 21 años
- Exámenes anuales para adultos

Si *debe* viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos, WellCare le proveerá transporte desde y hacia el consultorio del médico.

Además de la asistencia de transporte ofrecida por WellCare, los miembros también pueden recibir asistencia para determinados servicios a través del programa de Transporte Sin Carácter de Emergencia (NET) del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia local de su condado. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su condado.

SERVICIOS AUTORREFERIDOS

Usted puede acceder a los servicios autorreferidos directamente sin la autorización de su médico de cuidado primario (PCP) o de WellCare. Puede visitar a cualquier proveedor de WellCare por los siguientes servicios:

- Visitas a su médico de cuidado primario (PCP), incluido Healthchek (Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos—EPSDT)

- Cuidado de un obstetra (OB), ginecólogo o una partera enfermera certificada (CNM)
- Cuidado de un profesional de enfermería certificado
- Examen físico anual para adultos
- Cuidado dental de rutina (excepto cirugía u ortodoncia)
- Cuidado quiropráctico (dentro de los límites del beneficio)
- Cuidado de podología (dentro de los límites del beneficio)
- Cuidado en clínicas de salud públicas
- Exámenes oculares de rutina, incluidos anteojos
- Cuidado en centros de cuidado urgente
- Servicios de habla y audición
- Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias

Usted puede visitar a cualquier proveedor por los siguientes servicios:

- Cuidado en centros de salud mental comunitarios, centros de salud con calificación federal (FQHCs) y en centros de salud rurales (RHCs)
- Servicios de emergencia, incluidos servicios de ambulancia
- Servicios de planificación familiar (proveedores de planificación familiar calificados—Planned Parenthood)
- Servicios brindados por el Departamento de Servicios por Adicción al Alcohol y a las Drogas de Ohio (ODADAS)

SERVICIOS QUE REQUIEREN UN REFERIDO

Su PCP puede recomendar o solicitar estos servicios para usted.

- Servicios de especialistas no indicados anteriormente
- Todos los servicios de laboratorio contratados independiente
- Las terapias de desarrollo (niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad), física, ocupacional y del habla

Su PCP llamará o hará los arreglos para estos servicios por usted, le dará una autorización por escrito para que usted presente al recibir estos servicios referidos, o le dirá qué hacer. En algunos casos, WellCare puede autorizar que un especialista haga referidos para usted.

SERVICIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Su PCP o su especialista presentarán una solicitud de autorización previa/precertificación a WellCare para obtener la autorización de la cobertura de ciertos servicios. Si WellCare no aprueba la solicitud, nosotros le notificaremos y le daremos información sobre el proceso de protestas y apelaciones de WellCare y su derecho a una audiencia pública.

Los servicios indicados a continuación requieren una autorización previa/precertificación por parte de WellCare antes de que usted pueda recibirlos.

- Todas las internaciones y observaciones en hospital (las electivas requieren precertificación; las urgentes o de emergencia requieren una notificación), incluidas la rehabilitación médica y las internaciones de salud mental en hospitales generales
- Ecografías obstétricas (hasta 3 para embarazos sin complicaciones)
- Inyecciones para alergias
- Todos los procedimientos quirúrgicos para pacientes internados/ambulatorios, o realizados en un consultorio
- Planes de tratamiento con terapia ocupacional, física y del habla (después de la evaluación inicial)
- Todos los servicios fuera de la red, excepto aquellos proporcionados por centros de salud con calificación federal, centros de salud rurales, centros de salud mental comunitarios, instalaciones del Departamento de Servicios por Adicción al Alcohol y a las Drogas de Ohio, instalaciones de Planned Parenthood para familias calificadas y servicios de emergencia
- Ambulancia o transporte especial (no urgente)
- Extensión de cualquier servicio más allá de los límites de los beneficios (cuidado quiropráctico, cuidado dental, servicios de optometría, anteojos, algunos cuidados de salud mental, terapia física/ocupacional, servicios de podología y terapia de habla/pruebas auditivas)
- Audífonos
- Servicios de diagnóstico (laboratorio y radiografías) realizados en instalaciones no contratadas
- Diálisis (notificación de la primera visita solamente)
- Exámenes genéticos por anomalías congénitas
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Asesoramiento en nutrición/suplementos nutricionales
- Programas de tratamiento del dolor
- Servicios de terapia respiratoria

- Equipos médicos duraderos (DME), aparatos ortésicos y protésicos superiores a \$200
- Suministros médicos
- Admisiones en centros de enfermería especializada
- Servicios de terapia de desarrollo (niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad)
- Programas de rehabilitación cardíaca/pulmonar
- Servicios de radiología —tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computada por emisión de fotones simples (SPECT), pruebas cardíacas nucleares y procedimientos de radiología avanzados
- Transferencias no urgentes a hospitales
- Trasplantes de órganos (aprobados por Medicaid)
- Productos farmacéuticos no cubiertos por nuestro programa de administración de farmacia y medicamentos inyectables



SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Si necesita servicios de salud mental y/o abuso de sustancias, por favor llame al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) de lunes a viernes de 7 am a 7 pm, hora del este. Cuando llame, le darán los nombres y los números de teléfono de varios proveedores en su comunidad local, entre los que podrá elegir para llamar por una cita. También puede elegir un proveedor de nuestro directorio o nuestro sitio web ohio.wellcare.com. Una vez que haya hecho su elección, llame al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**), los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, para informarnos que ha elegido un proveedor. En ese momento, se le dará la aprobación de los servicios. No necesita llamar a su PCP por un referido para las citas de salud mental o de abuso de sustancias. Si necesita asistencia para obtener una cita, nos complaceremos en ayudarlo.

También puede autorreferirse directamente a un centro de salud mental comunitario o al Departamento de Servicios por Adicción al Alcohol y a las Drogas de Ohio (ODADAS), que es un proveedor Medicaid. Por favor consulte su Directorio de Proveedores o llame al Departamento de Servicios a Miembros para los nombres y números de teléfono de las instalaciones cercanas a usted.

Si piensa que necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya al centro de salud mental o de abuso de sustancias o a la sala de emergencias (ER) más cercana para atención. Si esto ocurre mientras usted está fuera del área de servicio del plan, primero obtenga el cuidado que necesita. Informe a los cuidadores que usted es miembro de WellCare. Muéstreles su tarjeta de ID. Una vez estabilizado, informe a su PCP lo que ocurrió. Comuníquese también con WellCare.



SERVICIOS DE FARMACIA CUBIERTOS POR OHIO MEDICAID

Ohio Medicaid cubre medicamentos con receta y algunos suministros médicos con receta en la farmacia (suministros para diabéticos, inhaladores con espaciador, medidores de flujo máximo, jeringas, agujas, algodón con alcohol y preservativos) para todas las personas inscritas en planes de cuidado administrado. Su tarjeta de ID del plan de cuidado administrado (MCP) permite a las farmacias saber que Ohio Medicaid pagará sus medicamentos recetados. Dado que Ohio Medicaid cubre los medicamentos con receta y los suministros médicos, usted debe utilizar una farmacia que acepte Ohio Medicaid. Casi ninguna farmacia fuera del estado acepta Ohio Medicaid, por lo tanto, si usted planea viajar fuera del estado, asegúrese de dispensar sus recetas antes de salir. Se aplican los requisitos de autorización previa y los copagos de Ohio Medicaid.

Si está embarazada, una vez que nazca su bebé, su trabajador de caso de Medicaid deberá incorporar a su bebé a su caso de Medicaid antes de que Ohio Medicaid pague medicamentos con receta para su bebé. Solicite instrucciones a su trabajador de caso sobre cómo informar el nacimiento de su bebé. Cuando nazca su bebé, informe a su trabajador de caso según las instrucciones para que este pueda incorporar a su bebé a su caso.

Si tiene preguntas o problemas con una farmacia, por favor comuníquese con la Línea del Consumidor de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. También puede visitar el sitio web <http://jfs.ohio.gov/ohp/bhpp/meddrug.stm> para obtener información sobre medicamentos con receta, incluidas listas de los medicamentos disponibles sin costo para usted, los que tienen copagos o los que requieren autorización previa.



SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia corresponden a un problema médico que usted considera tan grave que debe ser tratado de inmediato por un médico. Cubrimos cuidado de emergencia, tanto dentro como fuera del condado en el que usted reside.

Algunos ejemplos de casos en que se necesitan servicios de emergencia son:

- Pérdida de embarazo/embarazo con sangrado vaginal
- Ataque cardíaco
- Cortes que requieren sutura
- Envenenamiento
- Quemaduras graves
- Dolor intenso en el pecho
- Pérdida abundante de sangre
- Falta de aliento
- Pérdida de conciencia
- Huesos rotos

No debe comunicarse con WellCare para una “autorización” antes de obtener servicios de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) **MÁS CERCANA** o a otro sitio apropiado.

Si no está seguro de que necesite ir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de cuidado primario o a los Asesores Personales de Salud de WellCare, a la línea de enfermería durante las 24 horas, 1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272). Su PCP o el Asesor Personal de Salud pueden hablar con usted acerca de su problema médico y asesorarlo sobre lo que debe hacer.

Recuerde, si necesita servicios de emergencia:

- Vaya a la sala de emergencias más cercana o a otro sitio apropiado. Asegúrese de decir que usted es miembro de WellCare y muestre su tarjeta de ID.
- Si el proveedor que lo está tratando por una emergencia lo atiende, pero piensa que usted necesita otros cuidados médicos para tratar el problema, ese proveedor debe llamar a WellCare.
- Hágale saber a su PCP tan pronto como sea posible cuando usted esté en el hospital o si ha recibido asistencia en una sala de emergencias.
- Si lo internan en el hospital, por favor asegúrese de llamar a WellCare dentro de las 3 horas de la estabilización.



SERVICIOS NO CUBIERTOS POR WELLCARE O POR OHIO MEDICAID

WellCare no pagará por servicios o suministros recibidos sin seguir las instrucciones de este manual. WellCare no pagará por los siguientes servicios no cubiertos por Medicaid:

- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o cuando fuese médicamente necesario para salvar la vida de la madre
- Servicios de acupuntura y biorrealimentación
- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios
- Artículos de confort en el hospital (por ejemplo, TV o teléfono)
- Los servicios y procedimientos experimentales, incluidos los medicamentos y equipos, no cubiertos por Medicaid
- Servicios por infertilidad masculina o femenina, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias
- Cuidado de custodia en un hospital de pacientes internados
- Tratamiento de pacientes internados para dejar de consumir drogas y/o alcohol (están cubiertos los servicios de desintoxicación de pacientes internados en un hospital general)
- Pruebas de paternidad
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria
- Servicios para el tratamiento de la obesidad, a menos que sean considerados médicamente necesarios
- Servicios para descubrir la causa de muerte (autopsia)
- Esterilización voluntaria a menores de 21 años de edad o legalmente incapaces de dar su consentimiento para el procedimiento

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o WellCare. Si tiene alguna pregunta acerca de si un servicio está cubierto, por favor llame al departamento de Servicios a Miembros.



HEALTHCHEK

Healthchek es el Programa de exámenes, diagnósticos y tratamientos precoces y periódicos (EPSDT) de Ohio. Este programa educa a los consumidores y proveedores acerca de los servicios de cuidado de la salud disponibles para prevenir y tratar enfermedades o condiciones médicas para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años.

Los servicios de Healthchek incluyen:

- Controles rutinarios para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes hasta los 20 años de edad. Es muy importante visitar a un proveedor de cuidado primario (PCP) y al dentista regularmente para que puedan proveer cuidado preventivo y comprobar que no existan problemas. Los PCPs de WellCare tienen la obligación de hacer exámenes de diagnóstico de Healthchek. Algunos de los exámenes de diagnóstico que se incluyen son:
 - Examen físico completo
 - Prueba de presencia de plomo
 - Control de la visión
 - Control dental
 - Control de la audición
 - Control de inmunizaciones
- Controles rutinarios con un PCP o un dentista en cualquier momento que se sospeche un problema.
- Visitas a un proveedor para diagnosticar y tratar una enfermedad o condición médica.
- Servicios cubiertos por WellCare que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición médica.

Usted debe llamar al médico de su hijo para programar una cita de Healthchek para su hijo lo antes posible. Cuando llame, asegúrese de solicitar un examen Healthchek. También debe coordinar un control para su hijo con su dentista.

Llame sin cargo al departamento de Servicios a Miembros los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) si necesita ayuda para:

- Encontrar un médico o un dentista para su hijo
- Coordinar un control y/o transporte
- Preguntas, incluidas aquellas sobre servicios cubiertos y autorizaciones previas

Para conocer más sobre las visitas Healthchek que su hijo necesita, por favor lea la sección *Pautas preventivas para la salud* incluida en este manual.



PAUTAS PREVENTIVAS PARA LA SALUD

En este manual, incluimos una guía que indica cuándo usted y su familia deben obtener exámenes de control, pruebas o vacunas.

Usted puede usar esta guía como ayuda para recordar que debe ver a su médico. El plan le enviará un recordatorio cada año el día de su cumpleaños. Allí se le indicarán las pruebas que usted necesita.

Vea a su médico si alguien en su familia no ha cumplido con un control o un examen. Esta guía no reemplaza el consejo de su médico. Hable siempre con él para asegurarse de recibir el cuidado correcto.

Recuerde que si usted acaba de ingresar al plan, es preciso que visite a su médico dentro de los 90 días siguientes.

PAUTAS PREVENTIVAS PARA LA SALUD

Adultos de 21 años en adelante

EDAD	EXAMEN O VACUNA	PROGRAMA
21 a 39 años de edad	Presión arterial, altura, peso, obesidad	Al menos una vez cada 5 años, o según lo recomiende su médico
	Prueba de colesterol (20 años en adelante)	Cada 5 años
	Prueba de colesterol para hombres de 35 años en adelante. O si usted tiene diabetes.	Cada año
	Prueba de colesterol, si usted tiene colesterol alto, alta presión arterial, es fumador y/o está excedido de peso	Rutinariamente y/o según lo recomiende su PCP
	Mamografía para mujeres	Una vez entre los 35 y los 39 años
	Examen de Papanicolaou para mujeres	Cada año
	Vacuna contra la gripe	Cada año, si usted tiene una enfermedad de alto riesgo como asma, diabetes o enfisema
	Vacuna contra la neumonía	Cada cinco años si tiene una enfermedad cardíaca, hepática o renal, diabetes o cáncer

Continúa en la siguiente página.

EDAD	EXAMEN O VACUNA	PROGRAMA
40 a 64 años de edad	Presión arterial, altura, peso, obesidad	Al menos una vez cada 2 años
	Prueba de colesterol para hombres de 35 años en adelante. O para mujeres de 45 años en adelante. O si usted tiene diabetes.	Cada año
	Prueba de colesterol, si usted tiene colesterol alto, alta presión arterial, es fumador y/o está excedido de peso	Rutinariamente y/o según lo recomiende su PCP
	Mamografía y examen de Papanicolaou para mujeres	Cada año
	Prueba de osteoporosis para mujeres de 60 años en adelante	Rutinariamente, si tiene riesgo de sufrir fracturas
	Vacuna contra la gripe	Cada año, si usted tiene una enfermedad de alto riesgo como asma, diabetes o enfisema
	Vacuna contra la neumonía	Cada cinco años si tiene una enfermedad cardíaca, hepática o renal, diabetes o cáncer
	Examen de sangre en materia fecal para personas de 40 a 49 años	Cada año, si tiene antecedentes familiares de cáncer de colon
Examen de sangre en materia fecal si usted tiene 50 años en adelante	Cada año	
EDAD	EXAMEN O VACUNA	PROGRAMA
65 años en adelante	Presión arterial, altura, peso, obesidad, vacuna contra la gripe y examen de sangre en materia fecal	Cada año
	Prueba de colesterol	Cada 5 años y luego anualmente si usted tiene diabetes
	Prueba de colesterol, si usted tiene colesterol alto, alta presión arterial, es fumador y/o está excedido de peso	Rutinariamente y/o según lo recomiende su PCP
	Mamografía y examen de Papanicolaou para mujeres	Cada año
	Prueba de osteoporosis para mujeres	Regularmente
	Examen de próstata con prueba de PSA para hombres	Cada año o según lo recomiende su PCP
	Vacuna contra la neumonía	Una vez y cada 5 a 10 años según sea necesario

PAUTAS PREVENTIVAS PARA LA SALUD

Desde recién nacido hasta los 21 años

EDAD	CONTROLES RUTINARIOS DEL BEBÉ Y GUÍA DE VACUNACIÓN
De 0 a 2 semanas	Control rutinario del bebé* Análisis para el recién nacido Inmunizaciones: vacuna contra la hepatitis B (HepB) al nacer
2 meses	Control rutinario del bebé Inmunizaciones: Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP), HepB, polio (IPV); vacuna neumocócica (PCV); vacuna contra la gripe de Haemophilus influenzae tipo b (Hib)
4 meses	Control rutinario del bebé Inmunizaciones: DTaP, Hib, IPV, PCV
6 meses	Control rutinario del bebé* Inmunizaciones: DTaP, HepB, Hib, IPV, PCV
9 meses	Control rutinario del bebé Prueba de nivel de plomo en la sangre Hemoglobina o hematocrito
12 meses	Control rutinario del bebé Prueba de nivel de plomo en la sangre Inmunizaciones: Hib, hepatitis A (HepA), varicela (viruela loca), PCV
15 meses	Control rutinario del bebé Inmunizaciones: DTaP, Hib, sarampión, paperas y rubéola (MMR)
18 meses	Control rutinario del bebé Inmunizaciones: HepA
24 meses	Control rutinario del bebé Prueba de nivel de plomo en la sangre
Vacunas contra la gripe	Cada año para niños de 6 a 23 meses. También para niños de 6 meses o más que tengan ciertas enfermedades de alto riesgo, como asma y diabetes.

EDAD	CONTROLES RUTINARIOS DEL NIÑO Y GUÍA DE INMUNIZACIONES (VACUNAS)
3 años	Control rutinario del niño* Examen de diagnóstico de ojos Visita odontológica anual** Análisis de plomo en la sangre si aun no se realizó
4 a 6 años	Control rutinario del niño Examen de diagnóstico de ojos Inmunizaciones: MMR, DTaP e IPV en algún momento entre los 4 y los 6 años Visita dental anual Análisis de plomo en la sangre si aun no se realizó Análisis de orina a los 5 años
7 a 11 años	Control rutinario del niño Visita dental anual
12 años	Control rutinario del niño Inmunizaciones: Meningocócica, tétanos, difteria y tos ferina (Tdap), si es necesario, año de “actualización” de MMR, HepB y varicela Visita dental anual Análisis de orina
13 a 21 años	Control rutinario del adolescente* Inmunizaciones: “actualización” de vacunas omitidas Visita dental anual Análisis de orina según lo recomendado

* Los controles rutinarios del bebé, del niño y del adolescente incluyen medición de altura, peso, índice de masa corporal (BMI), presión arterial desde los 3 años, circunferencia de la cabeza de 0 a 24 meses, y exámenes de diagnóstico de la visión y la audición.

** Las visitas dentales pueden recomendarse antes de los 3 años de edad.

Esta es únicamente una guía. No reemplaza el consejo de su médico. Hable con él para asegurarse de recibir los exámenes y el cuidado correctos.

Referencias: Servicios preventivos clínicos para adultos en riesgo normal recomendados por la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, enero de 2004. Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Precoces y Periódicos (EPSDT) de acuerdo con el Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), 2004. Programa de vacunación de los Estados Unidos-2006, recomendado para Niños y Adolescentes, aprobado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (www.cdc.gov/nip/acip/), La Academia Americana de Pediatría (www.aap.org) y la academia Americana de Médicos de Familia (www.aafp.org). Tercer Informe del Panel Experto del Programa Nacional de Educación (NCEP) sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de Alto Colesterol en la Sangre en Adultos, mayo de 2001. Declaración “El colesterol en la infancia” de la Academia Americana de Pediatría, 1998.



DIRECTIVAS ANTICIPADAS

En la actualidad mucha gente se preocupa por el cuidado médico que pueden recibir si se enferman demasiado como para expresar sus deseos. Algunas personas no quieren pasar meses o años recibiendo soporte vital. Otras, quizás, quieren que se tomen todas las medidas necesarias para prolongar su vida.

USTED PUEDE ELEGIR

Un número creciente de personas está actuando para dar a conocer sus deseos. Usted puede declarar por escrito sus deseos de cuidado médico mientras está sano y es capaz de elegir. Su centro de cuidado de la salud debe explicarle su derecho a declarar sus deseos acerca del cuidado médico. También debe preguntarle si usted ha manifestado por escrito sus deseos. Este manual para miembros explica sus derechos a aceptar o rechazar un cuidado médico conforme a la ley de Ohio. Lo ayudará a elegir su propio cuidado médico. Este manual también explica cómo debe declarar sus deseos sobre el cuidado que usted quisiera recibir en caso de no estar en condiciones de elegir por usted mismo. Si bien este manual no contiene asesoramiento legal, lo ayudará a comprender sus derechos conforme a la ley. Para asesoramiento legal, es probable que quiera comunicarse con un abogado. Para información sobre servicios de asesoramiento legal gratuitos, llame sin cargo al 1-800-589-5888 de lunes a viernes, de 8:30 am a 5 pm, hora del este.

? ¿Cuáles son mis derechos para elegir mi cuidado médico?

Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si no quiere cierto tipo de cuidado, tiene derecho a decirlo a su médico.

? ¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué ocurre si no puedo expresar mis deseos?

La mayoría de las personas pueden hacer saber a sus médicos sus deseos sobre su cuidado médico. Algunas se enferman demasiado como para decir a sus médicos el tipo de cuidado que quieren. Conforme a la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras pueda actuar por usted mismo. Ese formulario le dice a sus médicos lo que usted desea que se haga en caso de no poder expresar sus deseos.

? ¿Qué clases de formularios existen?

Conforme a la ley de Ohio, existen tres formularios diferentes o directivas anticipadas, que usted puede utilizar. Usted puede utilizar un testamento vital, una declaración para tratamiento de salud mental o un poder legal permanente para el cuidado médico. La directiva anticipada debe ser completada mientras sea capaz de actuar por usted mismo. Esa directiva anticipada permite que su médico y otras personas conozcan sus deseos acerca del cuidado médico.

? ¿Tengo que completar un formulario de directiva anticipada antes de obtener cuidado médico?

No. Nadie puede hacerlo completar una directiva anticipada. Usted decide si quiere completar una.

? ¿Quién puede completar una directiva anticipada?

Toda persona de 18 años de edad o mayor que tenga mente sana y que pueda tomar sus propias decisiones.

? ¿Necesito un abogado?

No, no necesita un abogado para completar una directiva anticipada. Sin embargo, tal vez prefiera consultar con un abogado.

? ¿Las personas que me brindan cuidado médico tienen que cumplir mis deseos?

Sí, siempre y cuando sus deseos respeten las leyes del Estado. Sin embargo, La ley de Ohio incluye una cláusula de conciencia. Es probable que una persona que le brinde cuidado médico no pueda cumplir sus deseos debido a que contradicen su conciencia. En ese caso, se le ayudará a encontrar a otra persona que pueda cumplirlos.

TESTAMENTO VITAL

Este formulario le permite manifestar sus deseos por escrito acerca del cuidado médico. Puede elegir lo que usted desearía que se haga en caso de que esté demasiado enfermo para poder expresar sus deseos. Puede declarar cuándo quiere que se le suministren alimento y agua artificialmente, y cuándo no (vea la página 15).

¿Cómo funciona el testamento vital?

Un testamento vital declara en qué medida usted quiere utilizar los métodos de soporte vital para prolongar su vida. Se hace efectivo únicamente cuando usted se encuentra:

- En un estado de coma del que no se espera recuperación,
- Más allá de toda ayuda médica, sin esperanzas de mejorarse y sin poder dar a conocer sus deseos,
- A punto de morir y no puede manifestar sus deseos.

Las personas que le brinden cuidado médico deberán hacer lo que usted indique en su testamento vital. Ese tipo de testamento les otorga el derecho a cumplir con sus deseos. Sólo usted puede modificar o cancelar su testamento vital. Eso es algo que puede hacer en cualquier momento.

ORDEN DE NO RESUCITAR

Las regulaciones del estado ofrecen un protocolo de cuidado reconfortante y de interrupción de cuidado reconfortante con orden de no resucitar (DNR), desarrollado por el Departamento de Salud de Ohio. Una orden DNR es una directiva emitida por un proveedor, o en determinadas circunstancias, por un profesional de enfermería certificado o un especialista en enfermería clínica, que identifica a una persona y especifica que no se le debe aplicar RCP. Las iniciales RCP se refieren a la reanimación cardiopulmonar o a uno de sus componentes, pero esto no incluye despejar las vías respiratorias de una persona por un motivo diferente que el de un componente de RCP.

El protocolo de cuidado reconfortante y de interrupción de cuidado reconfortante con orden de no resucitar (DNR) enumera las circunstancias específicas y las acciones que llevarán a cabo los paramédicos, los técnicos de emergencias médicas, los proveedores o las enfermeras cuando atiendan un paciente de cuidado reconfortante y de interrupción de cuidado reconfortante con una orden de no resucitar. El protocolo también enumera las acciones específicas que no serán implementadas.

Debe hablar con su médico acerca de las opciones del protocolo de cuidado reconfortante y de interrupción de cuidado reconfortante con orden de no resucitar.

PODER LEGAL PERMANENTE

Un poder legal permanente para cuidado médico difiere de los otros tipos de poderes legales. Este manual se refiere únicamente a un poder legal permanente para cuidado médico y no a otros tipos de poderes legales.

Este poder le permite elegir a alguien para que se encargue de cumplir sus deseos de cuidado médico. La persona actúa en su nombre en caso de que usted no pueda actuar por cuenta propia. Esto puede ser por un período corto o largo.

¿A quién debo elegir?

Puede elegir a cualquier pariente o amigo adulto en quien usted confíe para que actúe en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Asegúrese de hablar con esa persona sobre lo que usted quiere. Luego, anote en el formulario lo que quiere y lo que no quiere. También debe hablar con su médico sobre lo que usted desea. La persona que usted elija debe respetar sus deseos.

¿Cuándo se hace efectivo mi poder legal permanente para cuidado médico?

El formulario se hace efectivo únicamente cuando usted no puede elegir su cuidado por su cuenta, ya sea por un período corto o largo.

El formulario sólo permite que su familiar o amigo detenga el soporte vital:

- Si usted se encuentra en estado de coma del que no se espera recuperación,
- Si usted está a punto de morir.

DECLARACIÓN DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Una declaración de tratamiento de salud mental otorga una atención más específica al cuidado de salud mental. Permite que una persona, mientras es capaz, designe un apoderado para que tome decisiones en su nombre en caso de estar destinada a perder su capacidad. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos respecto al tratamiento en caso de que el paciente no tenga la capacidad de hacerlo. La persona puede indicar el tratamiento con medicación de la enfermedad mental y las preferencias de tratamiento, como también las preferencias en cuanto a admisión o internación en un establecimiento.

La declaración de tratamiento de salud mental suplanta el poder legal permanente para cuidado de la salud respecto al tratamiento de salud mental, pero no suplanta al testamento vital.

¿Cuál es la diferencia entre un poder legal permanente para el cuidado médico y un testamento vital?

Su Testamento Vital explica, por escrito, el tipo de cuidado médico que usted quisiera en caso de no poder expresar sus deseos. El poder legal permanente le permite elegir a alguien para que se encargue de cumplir sus deseos de cuidado médico cuando usted no pueda actuar por sus propios medios.

Si tengo un poder legal permanente para el cuidado médico, ¿necesito también un testamento vital?

Es probable que usted quiera ambos. Cada uno comprende partes diferentes de su cuidado médico. Un testamento vital hace que sus médicos conozcan directamente sus deseos, pero sólo respecto al uso de métodos de soporte vital.

Un poder legal permanente para el cuidado médico le permite elegir a alguien para que se encargue de cumplir sus deseos de todo cuidado médico cuando usted no pueda actuar por sus propios medios. Este poder no anula el testamento vital.

¿Puedo cambiar mi directiva anticipada?

Sí, puede cambiarla cuando quiera. Si usted ya tiene una directiva anticipada, asegúrese de que sea conforme a la ley de Ohio (vigente desde el 10 de octubre de 1991). Es probable que quiera comunicarse con un abogado para recibir asistencia. Una buena idea es revisar periódicamente sus directivas anticipadas. Asegúrese de que aún expresen lo que usted quiere y que cubran todas las áreas.

Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi cuidado médico en caso de que yo no pueda hacerlo?

La ley de Ohio permite que sus familiares directos elijan su cuidado médico si usted está por morir y no puede actuar por sí mismo. Si se encuentra en un estado de coma del que no se espera recuperación, su familiar directo podría decidir si detiene o no utiliza soporte vital después de 12 meses. Su familiar

también puede optar por no suministrar alimento y agua artificialmente (vea más abajo).

Otros asuntos para considerar—¿Qué significa no suministrar alimento y agua artificialmente?

El suministro artificial de alimento y agua se refiere a que usted los recibe a través de tubos ubicados en su cuerpo. El hecho de que usted pueda optar por interrumpir o no emplear ese método depende de su estado de salud.

- Si se espera que usted muera y no le es posible dar a conocer sus deseos, y su testamento vital simplemente dice que no quiere que se usen métodos de soporte vital para prolongar su vida, entonces se puede detener o no utilizar el suministro artificial de alimento y agua.
- Si se espera que usted muera y no le es posible dar a conocer sus deseos, y no tiene un testamento vital, en ese caso la ley de Ohio permite que su familiar detenga el suministro artificial de alimento y agua o directamente no se utilice.
- Si usted está en un estado de coma del que no se espera recuperación y su testamento vital simplemente dice que no quiere que se emplee el suministro artificial de alimento y agua, entonces puede detenerse o no utilizarse dicho suministro.
- Si usted se encuentra en un estado de coma del que no se espera recuperación y no tiene un testamento vital, en ese caso la ley de Ohio permite que su familiar detenga o no utilice el suministro artificial de alimento y agua. Sin embargo, su familiar debe esperar 12 meses y obtener una aprobación por parte de un juzgado de familia.

Al completar una directiva anticipada, ¿estoy incurriendo en eutanasia o suicidio asistido?

No, la ley de Ohio no permite la eutanasia ni el suicidio asistido.

? ¿Dónde puedo obtener los formularios de directiva anticipada?

Muchas de las personas y lugares que le brindan cuidado médico cuentan con formularios de directiva anticipada. Solicite el formulario de directiva anticipada a la persona que le entregó este folleto—ya sea para un testamento vital, un poder legal permanente para el cuidado médico, una orden de no resucitar o una declaración para tratamiento de salud mental. Un abogado también podría ayudarle.

? ¿Qué debo hacer con mis formularios luego de completarlos?

Debe entregar copias a su médico y a su centro de cuidado de la salud para que se agreguen a su registro médico. Entregue otra copia a un miembro de su familia o a un amigo de confianza. Si le ha otorgado a alguien un poder legal permanente para su cuidado médico, entréguele también una copia a esa persona. Coloque una copia entre sus papeles personales. Es probable que también quiera entregar una copia a su abogado o confesor. No olvide decir a su familia o amigos —personas cercanas a usted— acerca de lo que ha hecho. No guarde estos formularios para luego olvidarse de ellos.



PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN Y PROTESTA DEL MIEMBRO

CÓMO HACERLE SABER A WELLCARE SI USTED SE SIENTE INSATISFECHO O NO ESTÁ DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN NUESTRA

Si usted no está satisfecho con alguna cuestión relacionada con WellCare o sus proveedores, debe comunicarse con nosotros tan pronto como sea posible. Esto incluye el caso en que usted no esté de acuerdo con una decisión que hayamos tomado. Usted o una persona designada para hablar en su nombre puede comunicarse con nosotros. Si quiere que alguien hable en su nombre, será necesario que nos lo haga saber.

WellCare quiere que usted se comuniquen con nosotros para que podamos ayudarle. Para comunicarse con nosotros usted puede:

- Llamar al Departamento de Servicios a Miembros los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, al 1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272), ○

- Completar el formulario incluido en su manual; ○
- Llamar al Departamento de Servicios a Miembros para solicitar que le envíen por correo un formulario, ○
- Visite nuestro sitio web ohio.wellcare.com; ○
- Escribir una carta para indicar el motivo de su insatisfacción. Asegúrese incluir su nombre y apellido, el número del frente de su tarjeta de ID de miembro WellCare, y su dirección y número de teléfono, para que podamos comunicarnos con usted en caso de ser necesario. También debe enviarnos cualquier información que ayude a explicar su problema.

Envíe por correo el formulario o la carta a:

WellCare of Ohio
Grievance Department
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384

WellCare se comunicará con usted por escrito si tomamos la decisión de:

- Denegar su solicitud de cubrir un servicio para usted;
- Reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de recibir todos los servicios que fueron aprobados; o
- Denegar el pago de un servicio que usted recibió y no es cubierto por WellCare.

También le enviaremos por escrito una notificación si, para la fecha que deberíamos haberlo hecho, no hemos:

- Tomado una decisión sobre si conceder su solicitud de cubrir un servicio para usted; o
- Dado a usted una respuesta a la cuestión que le produjo insatisfacción.

Si no está de acuerdo con la decisión/acción mencionadas en la carta y usted se comunica con nosotros dentro de los 90 días calendario para solicitarnos que modifiquemos nuestra decisión/acción, esto se llama una apelación. A menos que le mencionemos una fecha diferente, le daremos una respuesta por escrito a su apelación dentro de los 15 días calendario desde la fecha en que usted se comunicó con nosotros.

Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los servicios que fueron aprobados, la carta le informará cómo puede continuar recibiendo los servicios, si así lo desea, y cuándo deberá pagar por ellos.

Usted, cualquier proveedor o su representante autorizado pueden pedirnos una apelación “rápida” (en lugar de una apelación “estándar”) llamando a Servicios a Miembros al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, excepto los feriados. O puede enviar su solicitud por escrito a:

WellCare of Ohio
Appeals Department
P.O. Box 31368
Tampa, FL 33631-3368

O envíela por fax al **1-866-201-0657**. Asegúrese de pedir una apelación rápida o abreviada.

Envíe su solicitud por escrito para apelar una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento con receta para:

WellCare of Ohio
Pharmacy Appeals Department
P.O. Box 31398
Tampa, FL 33631-3398

También la puede enviar por fax. Envíela por fax al **1-888-865-6531**.

Si un médico solicita una apelación rápida en su nombre o lo apoya para pedirla y declara que la espera de una decisión estándar podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad funcional, tomaremos automáticamente una decisión rápida.

Si usted solicita una apelación rápida sin el apoyo de un médico, nosotros decidiremos si su salud requiere una decisión rápida. Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una apelación rápida, haremos esfuerzos razonables para notificarlo oralmente. También le enviaremos una carta, dentro de los 2 días calendario, para informarle que si usted obtiene el apoyo de un médico para una decisión rápida, automáticamente tomaremos una decisión rápida. La carta también le dirá cómo presentar una “protesta” si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de una apelación rápida. Si denegamos su solicitud de una apelación rápida, le concederemos una apelación estándar (generalmente dentro de los 15 días calendario).

Si se comunica con nosotros porque se siente insatisfecho con alguna cuestión relacionada con WellCare o con uno de nuestros proveedores, eso se llama protesta. WellCare le dará una respuesta a su protesta por teléfono (o por correo, si no le podemos contactar por teléfono) dentro de los siguientes plazos:

- 2 días hábiles para protestas relacionadas con la imposibilidad de obtener cuidado médico
- 30 días calendario para todas las demás protestas, excepto aquellas sobre la obtención de una cuenta por cuidado recibido
- 60 días calendario para las protestas sobre la obtención de una cuenta por cuidado recibido

También tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento comunicándose con:

Ohio Department of Job and Family Services
Bureau of Managed Health Care
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709

1-800-605-3040 ó **1-800-324-8680**
(TTY **1-800-292-3572**)

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor–Suite 300
Columbus, OH 43215

1-800-686-1526

AUDIENCIAS PÚBLICAS

Una audiencia pública es una reunión con usted, una persona del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, un representante de WellCare y un funcionario del ODJFS. WellCare le explicará por qué hemos tomado esa decisión y usted nos dirá la razón por la que piensa que nuestra decisión es incorrecta. El funcionario de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene razón basándose en la información dada y en si hemos respetado las normas. Si desea recibir información o servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de su oficina de asesoramiento legal local, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al **1-800-589-5888** para obtenerlo.

WellCare le notificará sobre su derecho de solicitar una audiencia pública cuando:

- Se toma la decisión de denegar servicios
- Se toma la decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que todos los servicios sean recibidos
- Un proveedor le factura un pago porque WellCare le ha denegado el pago del servicio

En el momento en que WellCare tome la decisión, o se le comunique que el proveedor está facturándole el pago, le enviaremos un formulario para audiencia pública. Si quiere una audiencia pública, debe solicitarla dentro de los 90 días calendario a partir del envío por correo del formulario. Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios antes de que reciba todos los servicios aprobados y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir del envío por correo del formulario, no tomaremos medidas hasta que no se reciban todos los servicios aprobados o se decida realizar la audiencia, si esta última fecha es anterior.

Las decisiones de las audiencias públicas suelen emitirse en un plazo no superior a 70 días calendario después de recibir la solicitud. Sin embargo, si el plan de cuidado coordinado o la Oficina de Audiencias Públicas deciden que la condición de salud cumple los criterios de una decisión abreviada, la decisión se emitirá con la rapidez necesaria, pero en un plazo no superior a 3 días hábiles después de recibir la solicitud. Las decisiones abreviadas son para situaciones en las que tomar una decisión dentro de los plazos estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar máxima funcionalidad.

Para solicitar una audiencia, usted puede firmar y enviar el formulario de audiencia pública a la dirección o al número de fax indicados en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al **1-866-635-3748** o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov.

Si el funcionario de la audiencia está de acuerdo con nuestra decisión, posiblemente usted deba pagar los servicios que reciba después de la fecha propuesta para reducir, suspender o interrumpir los servicios.



SUS DERECHOS COMO MIEMBRO

Como miembro de WellCare Choice, usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir todos los servicios que WellCare debe proporcionar.
- Ser tratado con respecto y con consideración de su dignidad y privacidad.
- Tener garantía de que la información de su registro médico será considerada privada.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien que usted haya “autorizado” legalmente para acceder a esa información, o que usted haya indicado que sea contactado en caso de emergencia, cuando no sea conveniente para su salud entregársela a usted mismo.
- Poder participar en decisiones sobre el cuidado de su salud, a menos que eso no sea conveniente para usted.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de cuidado médico, ofrecida de un modo que usted pueda entender.
- Tener la garantía de que otras personas no puedan escucharlo o verlo cuando esté recibiendo cuidado médico.
- Estar libre de todo tipo de limitación o reclusión como modo de coerción, disciplina, conveniencia o represalia conforme a lo especificado en las regulaciones federales.
- Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos y poder exigir que el registro sea modificado/corregido, en caso de ser necesario.
- Poder manifestar si “sí” quiere o “no” que cualquier información sobre usted sea revelada, a menos que WellCare se vea obligado a hacerlo por ley.
- Poder decir “no” a un tratamiento o terapia. Si usted dice que “no”, su médico o su Plan de Cuidado Administrado (MCP) deben comunicarle qué podría ocurrir y deben dejar constancia en su registro médico.
- Poder presentar una apelación, una protesta (queja) u obtener una audiencia pública. Vea las páginas 16 a 18 de este manual para información.
- Poder obtener toda la información escrita para los miembros del MCP:
 - Sin cargo para usted
 - En los idiomas diferentes al inglés que prevalecen en el área de servicios del MCP

- De otros modos, para satisfacer las necesidades especiales de los miembros que puedan tener dificultades para leer la información por cualquier motivo
- Poder obtener ayuda sin cargo por parte de WellCare y sus proveedores, en caso de que usted no hable inglés o necesite ayuda para comprender la información.
- Poder obtener ayuda con lenguaje de señas, si usted tiene dificultades auditivas.
- Ser informado en caso de que el proveedor de cuidado de la salud sea un estudiante y poder negarse a que él o ella lo atienda.
- Ser informado sobre cualquier cuidado experimental y poder negarse a formar parte del experimento.
- Realizar directivas anticipadas (un testamento vital). Vea las páginas 13 a 16, que explican las directivas anticipadas. También puede comunicarse con Servicios a Miembros para más información.
- Presentar ante el Departamento de Salud de Ohio cualquier queja sobre el incumplimiento de su directiva anticipada.
- Cambiar de un proveedor de cuidado primario (PCP) a otro del panel de WellCare, al menos mensualmente. WellCare debe comunicarle por escrito quién será el nuevo PCP y la fecha de inicio del cambio.
- Ser libre de ejercer sus derechos y saber que el MCP, los proveedores del MCP o el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS) no utilizarán esto en su contra.
- Saber que el MCP debe cumplir con todas las leyes federales y estatales y otras leyes sobre privacidad que deban aplicarse.
- Elegir al proveedor que le brinde cuidado, siempre que sea posible y apropiado.
- Si usted es mujer, poder visitar a un proveedor de salud de la mujer del panel de WellCare para servicios cubiertos de salud para la mujer.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor capacitado del panel de WellCare. Si un proveedor capacitado no puede verlo, WellCare debe coordinar una visita con un proveedor que no se encuentre en nuestro panel.
- Obtener de nosotros información sobre WellCare.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y/o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento

de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio en las direcciones que se indican más abajo, por cualquier queja sobre discriminación basada en raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de veterano de guerra, ancestros, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Office of Civil Rights
United States Department of Health
and Human Services
233 N. Michigan Ave.–Suite 240
Chicago, IL 60601

1-312-886-2359 (TTY 1-312-353-5693)

Bureau of Civil Rights
Ohio Department of Job and Family Services
30 E. Broad St., 37th Floor
Columbus, OH 43215

1-614-644-2703 ó 1-866-227-6353
(TTY 1-866-221-6700)
Fax: 1-614-752-6381

- Para solicitar y obtener de su médico una copia de sus registros médicos. También para solicitar que los registros sean modificados/corregidos si es necesario. (Los requisitos deben ser recibidos por escrito de usted o de una persona que usted escoja para representarlo. Los registros serán proveídos sin costo. Serán enviados dentro de 14 días del recibo de la solicitud).



SUS RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Como miembro, usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar la información que el plan y sus médicos necesiten para ofrecerle cuidado.
- Seguir los planes y las instrucciones de cuidado que haya acordado con su médico.
- Comprender cuáles son sus problemas de salud.

- Ayudar a establecer objetivos de tratamiento que usted y su médico acuerden mutuamente.
- Leer el manual para miembros a fin de comprender cómo funciona WellCare.
- Llevar siempre con usted su tarjeta de membresía.
- Mostrar sus tarjetas de ID a cada proveedor de servicios.
- Obtener un referido de su médico cuando sea necesario.
- Cooperar con las personas que le provean cuidado de la salud.
- Asistir puntualmente a las citas.
- Notificar al consultorio médico si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Respetar los derechos de todos los proveedores.
- Respetar los bienes de todos los proveedores .
- Respetar los derechos de los otros pacientes.
- No ser disruptivo en el consultorio de su médico.
- Conocer los medicamentos que toma, saber para qué son y cómo tomarlos correctamente.
- Asistir a su médico para obtener registros médicos previos.
- Informar a su plan antes de las 48 horas, o tan pronto como sea posible, si usted ingresa al hospital o recibe cuidado en una sala de emergencias.



INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE USTED DEBE CONOCER ACERCA DE WELLCARE OF OHIO

ENFERMEDAD O LESIÓN ACCIDENTAL (SUBROGACIÓN)

Si un miembro de WellCare necesita ver a un médico debido a una lesión o enfermedad que fue provocada por otra persona o empresa, debe llamar al Departamento de Servicios a Miembros para hacérselo saber. Por ejemplo, si usted sufre lesiones en un accidente automovilístico, es mordido por un perro o si se cae y se lastima en una tienda, otra compañía de seguros tendría que pagar la cuenta del médico y/o del hospital. Cuando usted llame, necesitaremos el nombre de la persona culpable, su compañía de seguro y el(los) nombre(s) de cualquier abogado involucrado.

OTRO SEGURO DE SALUD (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS—COB)

Si usted o alguien en su familia tiene un seguro de salud con otra compañía, es *muy importante* que llame al Departamento de Servicios a Miembros y al trabajador de caso de su condado y les informe sobre el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene seguro de salud, o si sus hijos tienen seguro de salud por medio de su otro progenitor, es necesario que llame al Departamento de Servicios a Miembros para darnos esa información. Si no nos proporciona esta información, podría haber problemas para recibir el cuidado y las facturas.

PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Es importante que asista a sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado. Si usted no asiste a una visita o no les proporciona la información que solicitan, es probable que pierda su elegibilidad para Medicaid. Si esto ocurriese, se le dirá a WellCare que cancele su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no estará cubierto por WellCare.

PÉRDIDA DE NOTIFICACIÓN DE SEGURO (CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE)

Cuando usted pierde el seguro de salud, recibirá de su antigua compañía de seguros una notificación, conocida como certificado de cobertura acreditable, para informarle que usted ya no tiene el seguro. Es importante que guarde una copia de esa notificación para sus registros, ya que se le puede pedir que entregue una copia.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MEMBRESÍA DE MCP

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid pero se inicia nuevamente dentro de los 60 días, se convertirá automáticamente en miembro de WellCare.

CANCELACIÓN DE SU MEMBRESÍA EN SU MCP

Como miembro de un plan de cuidado administrado, tiene el derecho de elegir cancelar su membresía en ciertos momentos del año. Puede optar por cancelar su membresía durante los 3 primeros meses o durante el mes de Selección Abierta anual para su área. El ODJFS le comunicará por correo cuándo será su mes de Inscripción Abierta anual. Si usted vive en un área de inscripción obligatoria, deberá elegir otro

plan de cuidado administrado para recibir su cuidado de salud.

Si desea cancelar su membresía durante los 3 primeros meses o durante el mes de Inscripción Abierta para su área, puede llamar al Centro de Inscripción para Cuidado Administrado (MCEC) al 1-800-605-3040 (TTY 1-800-292-3572). También puede presentar una solicitud en línea en el sitio web de MCEC en www.ohiomcec.com. La mayoría de las veces, si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía será cancelada el 1^{er} día del mes siguiente. Si llama después de ese momento, su membresía no será cancelada hasta el 1^{er} día del mes siguiente. El ODJFS le comunicará por correo el día en que su membresía será cancelada. Si usted elige otro plan de cuidado administrado, su nuevo plan también le enviará información por correo.

❓ ¿Puede WellCare cancelar mi membresía?

WellCare puede solicitar al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS) que cancele su membresía por ciertas razones. El ODJFS debe “aprobar” la solicitud antes de que su membresía sea cancelada.

Los motivos por los que WellCare puede solicitar la cancelación de su membresía son:

- Por fraude o por hacer un mal uso de su tarjeta de ID de WellCare;
- Por comportamiento disruptivo o no colaborador al punto que afecte la capacidad del MCP para proporcionarle servicios a usted u otros miembros.

ELEGIR UN NUEVO PLAN

Si está considerando cancelar su membresía para cambiarse a otro plan de salud, debe conocer sus opciones. Especialmente si quiere conservar su(s) médico(s) actual(es). Recuerde que cada plan de salud tiene su propia lista de médicos y hospitales que usted podrá utilizar. Cada plan de salud también cuenta con información por escrito que explica los beneficios que ofrece y las normas que tiene. Si quisiera obtener información por escrito sobre un plan de salud al que está considerando ingresar, o si simplemente quiere hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan de salud o a MCEC al 1-800-605-3040 (TTY 1-800-292-3572). También puede encontrar información sobre los planes de salud de su área visitando el sitio web de MCEC en www.ohiomcec.com.

CAUSA JUSTA DE CANCELACIÓN DE MEMBRESÍA

A veces puede haber una razón especial por la que usted necesita cancelar su membresía en el plan de salud. Esto se llama “causa justa” de cancelación de membresía. Antes de que pueda solicitar una causa justa de cancelación de membresía, deberá llamar a su plan de cuidado administrado y darles la oportunidad de resolver el problema. Si no pueden resolver el problema, puede solicitar la cancelación por causa justa en cualquier momento si existe uno de estos motivos:

- Se muda y su MCP actual no está disponible en el lugar donde usted vive ahora, y usted debe recibir cuidado médico no urgente en su nueva área antes de que finalice su membresía en el MCP.
- El MCP no cubre un servicio médico que usted necesita, por objeciones morales o religiosas.
- Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que necesita deben ser recibidos al mismo tiempo y no todos esos servicios están disponibles en el panel de su MCP.
- Le preocupa no estar recibiendo cuidado de calidad y los servicios que necesita no están disponibles a través de otro proveedor en el panel de su MCP.
- No tiene acceso a servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, o a proveedores experimentados en el tratamiento de sus necesidades especiales de cuidado médico.
- El PCP que usted eligió ya no es parte del panel de su MCP, y era el único PCP en el panel que hablaba su idioma y que se encontraba a una distancia razonable de usted. Otro plan de salud cuenta con un PCP en su panel que habla su idioma, se encuentra a una distancia razonable de su hogar y está dispuesto a aceptarlo como paciente.
- Otro—Si usted piensa que permanecer como miembro en su plan de salud actual es perjudicial para usted y no le resulta conveniente.

Usted puede solicitar la cancelación de su membresía por causa justa llamando a MCEC al 1-800-605-3040 (TTY 1-800-292-3572). El ODJFS revisará su solicitud para cancelar su membresía por causa justa y decidirá si cumple con una razón de causa justa. Recibirá una carta por correo que le informará si su ODJFS cancelará su membresía y la fecha en que será cancelada. Si usted vive en un área de inscripción obligatoria, deberá elegir otro plan de cuidado administrado para recibir

su cuidado de salud, a menos que el ODJFS le indique otra cosa. Si su solicitud por causa justa es denegada, el ODJFS le enviará información que explicará su derecho a una audiencia pública para apelar la decisión.

Cosas para tener presentes si cancela su membresía

Si ha seguido alguno de los pasos anteriores para cancelar su membresía, recuerde:

- Continúe utilizando los médicos de WellCare y otros proveedores hasta el día en que usted sea miembro de su nuevo plan de salud o esté nuevamente en el servicio regular de Medicaid.
- Si elige un nuevo plan de salud y no ha recibido una tarjeta de ID de miembro antes del 1^{er} día del mes cuando ya es miembro del nuevo plan, llame al departamento de Servicios a Miembros del plan. Si ellos no lo pueden ayudar, llame a MCEC al **1-800-605-3040** (TTY **1-800 292-3572**).
- Si le fue permitido regresar al Medicaid regular y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame al trabajador de caso de su condado.
- Si ha elegido un nuevo plan de salud y tiene alguna visita médica programada, por favor llame a su nuevo plan para estar seguro de que esos proveedores se encuentran en la lista de proveedores de su nuevo plan y de que se complete toda la documentación necesaria. Algunos ejemplos de cuándo usted deber llamar a su nuevo plan son: cuando usted tiene una cita para ver a un médico nuevo, ha programado una cirugía, un análisis de sangre o radiografías, y especialmente si está embarazada.
- Si le fue permitido regresar al Medicaid regular y tiene programadas visitas médicas, por favor llame a los proveedores para asegurarse de que aceptan la tarjeta regular de Medicaid.

CANCELACIONES DE MEMBRESÍA OPCIONALES

Los niños menores de diecinueve (19) años tienen la opción de ser miembros de un plan de cuidado administrado si:

- Son elegibles para Ingresos de Seguro Complementarios (SSI) conforme al Título XVI;
- Están recibiendo asistencia por cuidado sustituto o adopción conforme al Título IV-E;
- Están bajo cuidado sustituto u otros asignados fuera del hogar; O
- Están recibiendo servicios por medio del Departamento de la Oficina de Salud para Niños con Discapacidades Médicas de Ohio (BCMh).

Si cree que usted/su niño cumplen alguno de los criterios anteriores y no desea ser miembro de un plan de cuidado administrado, puede llamar al Centro de Inscripción de Cuidado Administrativo del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS), al **1-800-605-3040** (TTY **1-800-292-3572**). Si alguien cumple los criterios anteriores y no desea ser miembro de un MCP, su membresía será cancelada.

WellCare proporciona servicios a sus miembros debido a un contrato que tiene con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). Si quiere comunicarse con el ODJFS, puede escribir a:

Ohio Department of Job and Family Services
Bureau of Managed Health Care
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709

1-800-605-3040 ó **1-800-324-8680**
(TTY **1-800-292-3572**)

También puede visitar ODJFS en la página web www.jfs.ohio.gov/ohp.

Puede comunicarse con WellCare para obtener toda la información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de WellCare y cómo pagamos a nuestros proveedores.

Si quiere decirnos algo que deberíamos modificar, por favor llame al Departamento de Servicios a Miembros los días de semana de 7 am a 7 pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**).



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe el modo en que su información de Medicaid puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor revísela atentamente.

1. Por qué WellCare provee esta notificación

WellCare está obligada por la ley a mantener la privacidad de la información protegida sobre la salud (PHI) y a enviar una notificación oral, escrita o electrónica a los individuos sobre las obligaciones legales de WellCare y sus prácticas de privacidad con respecto a esta PHI. La PHI incluye información que puede utilizarse para identificarlo y que ha sido creada o recibida sobre su salud o condición pasada, presente o futura, los cuidados médicos que se le han brindado, o el pago de este cuidado de la salud.

Esta notificación explica nuestras prácticas de privacidad que son aplicables a usted, un miembro valioso de WellCare. Apreciamos la confianza y la fe que ha depositado en nosotros. Su privacidad es muy importante para nosotros, y tomamos esta obligación seriamente.

WellCare está obligada a seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta notificación. Sin embargo, nos reservamos el derecho de modificar en cualquier momento los términos de esta notificación, así como nuestras prácticas de privacidad. Cualquier cambio a nuestras políticas y procedimientos se aplicará a la PHI que ya tengamos en nuestro poder. Si hacemos un cambio material a nuestras pólizas y procedimientos relativos a PHI, actualizaremos esta notificación, publicaremos una nueva notificación en nuestro sitio web en www.wellcare.com y, en la medida requerida por la ley aplicable, le enviaremos prontamente por correo una notificación de los cambios.

2. WellCare necesita información para proveer servicios

Los tipos de PHI que recopilamos sobre cada uno de nuestros miembros incluirán, aunque no necesariamente se limitan a los siguientes: (i) la información que usted nos provee o que recibimos de autoridades reglamentarias, de su empleador, o del patrocinador de su plan de beneficios en formularios de inscripción o de otro tipo, ya sea

en persona o por escrito, electrónicamente o por teléfono (por ejemplo, su nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, información sobre dependientes, estado civil, antecedentes de salud o médicos, información de empleo e historiales de otras compañías aseguradoras); y (ii) su información de contacto y afiliación en cualquier forma con cualquiera de nuestros agentes, socios de negocios o cualquier otra parte (como registros médicos, reclamaciones sobre cuidado de la salud, pago de primas, verificación de su elegibilidad, información sobre apelaciones y protestas, información para procesar solicitudes de autorizaciones de cuidado de la salud y solicitudes de inscripción).

3. Tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud

Utilizamos y divulgamos su PHI fundamentalmente para su tratamiento, su pago y nuestras operaciones de cuidado de la salud. La siguiente lista describe los usos y las divulgaciones más comunes que WellCare y sus socios de negocios pueden hacer según lo permitido por la ley.

- A un médico, un hospital o a otro proveedor de servicios de cuidado de la salud para proveerle su cuidado médico.
- Para pagar reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por médicos, hospitales u otros proveedores de servicios de cuidado de la salud.
- Para las operaciones diarias de WellCare, lo cual incluye pero no se limita a procesar su inscripción, responder sus consultas y solicitudes de servicio, coordinar su cuidado, resolver disputas, llevar a cabo la administración médica, mejorar la calidad, analizar la competencia de profesionales de cuidado de la salud y determinar primas.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle cumplir funciones de administración del plan.
- Para comunicarnos con usted con información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o sobre alternativas de tratamiento que puedan interesarle.

4. Otros usos y divulgaciones de PHI

WellCare puede usar o divulgar información sobre usted:

- A sus familiares y amigos si usted no está disponible para comunicarse, como por ejemplo en una emergencia médica o de otra naturaleza.

- Cuando la divulgación sea requerida por las leyes federales, estatales o locales, por procedimientos judiciales o administrativos, o por funcionarios de ejecución de la ley. Por ejemplo, hacemos divulgaciones a agencias reglamentarias cuando una ley nos exige dar a conocer información. También divulgamos PHI de conformidad con una citación como parte de un procedimiento judicial o administrativo.
- A agencias reglamentarias para actividades públicas de salud o actividades de fiscalización de salud, como divulgaciones a las agencias que regulan los servicios de Medicare y Medicaid.
- A las autoridades apropiadas con respecto a abuso, negligencia o violencia doméstica.
- A autoridades militares.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para adquisiciones, formación de bancos o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- A una autoridad forense, examinador médico o director de funeraria.

5. Usos y divulgaciones que requieren autorización

En otras situaciones, WellCare le solicitará una autorización específica antes de divulgar o utilizar su PHI. Por ejemplo, WellCare pedirá su autorización antes de usar o divulgar su PHI si procuramos ofrecerle recursos de comercialización no solicitados para un fin que no esté relacionado con sus beneficios de salud o su condición de salud. Usted tiene derecho a revocar dicha autorización en cualquier momento notificándonos por escrito.

6. Sus derechos individuales

Acceso—Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de usted, como reclamaciones y registros de administración médica. Asimismo, puede recibir un resumen de esta información de salud.

Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página, un cargo por hora según el tiempo que requiera el personal para localizar y copiar su información, y los gastos de envío por correo.

Comunicaciones confidenciales—Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones de información confidenciales de otra manera o en otro lugar

para evitar una situación que ponga en riesgo su vida. Haremos lugar a su solicitud si la misma es razonable.

Modificación—Tiene derecho a solicitar una modificación de la información que mantenemos sobre usted si piensa que la misma es incorrecta o está incompleta. Podemos rechazar su solicitud si nosotros no creamos la información, si no la mantenemos o si esta es correcta o está completa. Si rechazamos su solicitud, le proveyeremos una explicación por escrito sobre el rechazo.

Contabilidad—Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas instancias en las cuales nosotros o nuestros asociados de negocios han divulgado su información con fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, y ciertas otras actividades. Si usted solicita esta información más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos por responder estas solicitudes adicionales.

Notificaciones—Todos los miembros y miembros potenciales de WellCare tienen derecho a recibir una copia escrita de esta notificación a petición en cualquier momento.

Restricciones—Tiene el derecho a solicitar la restricción del uso o la divulgación de su información. No estamos obligados a aceptar estas restricciones pero, en caso de que lo hagamos, nos regiremos por nuestro acuerdo. También tiene el derecho de aceptar o terminar una restricción presentada anteriormente.

Contacto—Todos sus derechos de privacidad aplicables pueden ser ejercidos comunicándose con WellCare. Si desea escribirnos, por favor escríbale al Funcionario jefe de privacidad. Si nos llama, por favor llame al número de llamadas sin cargo indicado en su tarjeta de membresía y un asociado de Servicios a Miembros le brindará asistencia. También puede llamar al número indicado más abajo.

WellCare Health Plans, Inc.
Atención: Chief Privacy Officer
8735 Henderson Road, Ren. 2
Tampa, FL 33634

Teléfono: 1-813-290-6200

7. Quejas

Si usted cree que se ha violado esta póliza con respecto a información sobre usted o sus dependientes cubiertos y desea presentar una queja, puede hacerlo en forma verbal o escrita. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Fecha de vigencia: octubre 1 de 2006

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad es aplicable a las siguientes subsidiarias de WellCare Health Plans, Inc.: WellCare of Florida, Inc., HealthEase of Florida, Inc., WellCare of New York, Inc., WellCare of Connecticut, Inc., WellCare of Louisiana, Inc., WellCare of Georgia, Inc., WellCare of Ohio, Inc., Harmony Behavioral Health, Inc., Harmony Behavioral Health of Florida, Inc., Harmony Health Plan of Illinois, Inc., WellCare Prescription Insurance, Inc., WellCare Health Insurance of Arizona, Inc., WellCare Health Insurance of Illinois, Inc.; WellCare Health Insurance of New York, Inc.



FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DEL MIEMBRO

Por favor utilice este formulario para presentar su solicitud de apelación por escrito. Usted debe presentarla dentro de los 90 días a partir de la fecha de nuestra notificación de acción/denegación. Puede adjuntar hojas adicionales, en caso de ser necesario.

Fecha de solicitud: ¿Ya han sido provistos los servicios? Sí No

Solicitud de procesamiento abreviado: Sí No

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:

Teléfono: Persona de contacto:

Relación con el miembro: Yo mismo Representante designado* Apoderado
 Padre/tutor Proveedor*

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:

Teléfono: Persona de contacto:

No. de ID: Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS PLANIFICADOS (solicitud previa al servicio)

¿A quién solicita la provisión del servicio?

Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:

Teléfono: Persona de contacto:

Según lo planificado, ¿en qué fecha se iniciará el servicio?

¿Por qué considera que el servicio planificado debe ser aprobado?

Si el rechazo recibido correspondió a una solicitud relativa a un proveedor fuera de la red, ¿por qué considera que debemos aprobar la solicitud?

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS PROVISTOS (solicitud retrospectiva)

Complete esta sección únicamente si los servicios ya han sido proporcionados. ¿Quién proporcionó el(los) servicio(s), o quién los está facturando?

Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:

Teléfono: Persona de contacto:

Fecha(s) en que se proporcionó el servicio:

Por favor indique por qué los servicios no fueron autorizados previamente a su prestación:

POR EL PRESENTE, YO solicito se analice la apelación contenida en este documento y entiendo que, para que se analice dicha apelación, WellCare of Ohio, Inc. (el plan de salud) puede necesitar registros médicos y otros registros o información relacionados con mi apelación. Autorizo a las personas o entidades que cuenten con registros médicos o de otra naturaleza, así como con conocimientos sobre mi persona o mis dependientes, a divulgar dicha información al plan de salud. Dichas personas o entidades pueden incluir cualquier: 1) médico con licencia; 2) practicante de la medicina; 3) hospital; 4) clínica u otro proveedor médico o relacionado con la medicina; 5) aseguradora; 6) empleador; u 7) otra organización, institución o persona. Si fuese necesario para el análisis de mi apelación, autorizo específicamente la divulgación de registros o información, como todo y cualquier registro e información de carácter médico relativo, asociado o referido a: 1) un resultado positivo de una prueba para determinar infección por VIH; 2) ARC (artrogriposis, disfunción renal y colestasis); 3) SIDA; 4) dependencia de alcohol o drogas; y 5) trastornos mentales y nerviosos.

Firma del miembro o del representante autorizado

Fecha

Puede enviar un fax al 1-877-297-3112 o correspondencia a: WellCare of Ohio
Attn: Appeals
P.O. Box 31368
Tampa, Florida 33631-3368

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios a Miembros al 1-800-951-7719, de 7 am a 7 pm, hora del este. Si necesita servicio de TTY, por favor llame al 1-877-247-6272.

Apelación abreviada—Apelación de un servicio que todavía no se ha prestado y para el cual el tiempo de resolución estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad.

- Una solicitud de apelación de procesamiento abreviado presentada por el médico a cargo del tratamiento será procesada automáticamente de esa manera.
 - En cualquier otro caso, el plan revisará su solicitud y determinará si debe procesarse en forma abreviada. Si no estamos de acuerdo con su solicitud, usted será notificado y recibirá información sobre sus derechos a objetar nuestra decisión de no abreviar su apelación. Su solicitud será remitida al proceso de apelación estándar y se tomará una decisión dentro de los 15 días calendario.
 - **Plazos para presentar apelaciones:** Solicitud estándar—15 días calendario a partir de la recepción o Solicitud de procesamiento abreviado—tres días hábiles a partir de la recepción
- * Debe tener un consentimiento escrito del miembro para presentar la solicitud en su nombre.



FORMULARIO DE PROTESTA FORMAL DE MIEMBROS QUE NO PERTENECEN A MEDICARE

Por favor utilice este formulario o una carta aparte para la información necesaria para el análisis de su protesta. Intente que la información sea lo más completa y detallada posible. Si la protesta es acerca de uno o más médicos, no olvide mencionar su(s) nombre(s). Si la protesta es sobre control de facturación, por favor adjunte la factura del proveedor.

Nombre del miembro:

Número de teléfono del miembro: No. de ID del miembro:

Relación con el miembro: Yo mismo Representante designado* Apoderado Madre o padre/Tutor

TIPO DE PROTESTA

- Relacionada con un médico
- Proveedor—Servicio insatisfactorio al cliente
- Relacionada con un hospital
- Problemas telefónicos
- Demora para obtener cuidado de un médico
- Transferencia de centros
- Demora para obtener cuidado de un hospital
- Plan—Servicio insatisfactorio al cliente
- Inscripción/anulación de inscripción
- Otro:

Fecha del acontecimiento que dio origen a la protesta:

Explique el problema:

- Me gustaría que mi protesta fuese entregada como:
- Revisión abreviada/urgente: 2 días hábiles (protesta sobre los servicios cubiertos por Medicaid)
 - 30 días calendario (Protesta sobre un asunto no relacionado con reclamos)
 - 60 días calendario (protesta sobre un asunto relacionado con reclamos)

Si considera que el presente formulario debe entregarse para un procesamiento abreviado, explique por qué:

¿Cómo le gustaría que fuera resuelta su protesta?

¿En qué fecha(s) se proporcionó el servicio?

Nombre del médico u hospital que proporcionó el servicio:

¿Ha conversado sobre esta protesta con el personal de alguna compañía? Sí No

Si su respuesta fue sí, ¿con quién? 1.
2.
3.

¿Qué han dicho? 1.
2.
3.

Si su protesta incluye control de facturación, ¿ya ha pagado la factura a la que hace referencia? Sí No

¿Dónde recibió el servicio?

¿En qué fecha(s) se proporcionó el servicio?

¿Cuándo? ¿Quién se lo proporcionó?

¿Se ha comunicado con el proveedor? Sí No

Si lo ha hecho, ¿qué le ha dicho?

Otros comentarios:

POR EL PRESENTE, YO solicito se analice la protesta contenida en este documento y entiendo que, para que se analice dicha protesta, WellCare of Ohio, Inc. (el plan de salud) puede necesitar registros médicos y otros registros o información relacionada con mi protesta. Autorizo a las personas o entidades que cuenten con registros médicos o de otra naturaleza, así como con conocimientos sobre mi persona o mis dependientes, a divulgar dicha información al plan de salud. Dichas personas o entidades pueden incluir cualquier: 1) médico con licencia; 2) practicante de la medicina; 3) hospital; 4) clínica u otro proveedor médico o relacionado con la medicina; 5) aseguradora; 6) empleador; u 7) otra organización, institución o persona. Si fuese necesario para el análisis de mi protesta, autorizo específicamente la divulgación de registros o información, como todo y cualquier registro e información de carácter médico relativo, asociado o referido a: 1) un resultado positivo de una prueba para determinar infección por VIH; 2) ARC (artrogriposis, disfunción renal y colestasis); 3) SIDA; 4) dependencia de alcohol o drogas; y 5) trastornos mentales y nerviosos.

Entiendo, asimismo, que si la protesta contenida en este formulario no es resuelta a mi satisfacción, puedo solicitar una revisión de segundo nivel al Comité Corporativo de Apelaciones y Protestas.

Nombre del miembro con letra de imprenta Fecha

Firma del miembro o del representante autorizado

Puede enviar un fax al 1-877-297-3112 o correspondencia a: WellCare Health Plans
Attn: Grievances
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384

* Debe tener un consentimiento escrito del miembro para presentar la solicitud en su nombre.

Estamos aquí **para ayudar.**



1-800-951-7719

Los usuarios de TTY, llamen al 1-877-247-6272

De lunes a viernes, de 7 am a 7 pm, hora del este
ohio.wellcare.com

WellCare of Ohio, Inc.
Member Services
P.O. Box 31370
Tampa, FL 33631-3370