



Opción para el cuidado
de la salud de Ohio

Manual para Miembros

2011-2013



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. Familiarícese con el sitio web de WellCare.....	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
Administración de cuidado	7
Servicios de Farmacia	7
Servicios de emergencia	8
Servicios no cubiertos por WellCare o por Ohio Medicaid	8
Healthchek	9
Pautas preventivas para la salud	10
Adultos—de 21 años en adelante	10
Desde recién nacido hasta los 21 años	12

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	15
Usted puede elegir.....	15
Testamento vital.....	16
Orden de no resucitar.....	16
Poder legal permanente.....	16
Declaración para el tratamiento de la salud mental.....	17
Procesos de apelación y protesta de miembros	18
Cómo hacerle saber a WellCare si usted se siente insatisfecho o no está de acuerdo con una decisión nuestra.....	18
Audiencias Estatales.....	20
Sus derechos como miembro	20
Sus responsabilidades como miembro	22
Información importante que usted debe conocer acerca de Wellcare of Ohio	22
Enfermedad o lesión accidental.....	22
Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios—COB).....	22
Pérdida de la elegibilidad para Medicaid.....	22
Pérdida de notificación de seguro (Certificado de Cobertura Acreditable).....	23
Renovación Automática de la Membresía de MCP.....	23
Cancelación de su membresía MCP.....	23
Elegir un nuevo plan.....	23
Cancelaciones de membresía con causa justa.....	24
Cancelaciones de membresía opcionales.....	25
Notificación de prácticas de privacidad	26



BIENVENIDO A WELLCARE

Bienvenido a WellCare of Ohio, Inc. ¡Nos complace que se haya unido a nuestra familia! Usted es ahora miembro de un plan de cuidado de la salud, también denominado plan de cuidado administrado (MCP), para familias y niños beneficiarios cubiertos por 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 comunicándose 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.

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.

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 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 buena salud!



CÓMO EMPEZAR

¡Es fácil! Solo 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.

Si está embarazada, debe llamar a WellCare cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una tarjeta nueva de ID para su bebé.

Necesitará su tarjeta de ID 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)
- Usted tiene un bebé

Un representante de Servicios a Miembros puede ayudarle los días de semana de 7am a 7pm, 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 internista o pediatría.

Si usted 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 la mayoría 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 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**) para obtener ayuda.

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

WellCare le enviará una tarjeta nueva de ID y una carta para notificarle que su PCP ha sido cambiado y cuál es 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 las páginas 4 a 5 para obtener información sobre los servicios cubiertos por WellCare

Las únicas oportunidades en que puede utilizar proveedores que no están en el panel de WellCare son para:

- Servicios de emergencia
- Centros de salud/clínicas de salud rurales con calificación federal
- Proveedores de servicios de planificación familiar calificados
- Centros de servicios comunitarios de salud mental
- Centros del Departamento de Servicios por Abuso de Alcohol y Drogas de Ohio que sean proveedores de Medicaid
- Un proveedor fuera del panel al cual WellCare lo haya aprobado para consultar

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, ohiowellcare.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 pedir información 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 7am a 7pm, hora del este. Llame sin cargo al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**) para:

- Solicitar una nueva tarjeta 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

Si usted no habla inglés, podemos ayudarle. Deseamos que usted sepa cómo utilizar su plan de cuidado de la salud, sin importar qué idioma hable. Simplemente llámenos y encontraremos la manera de hablarle en su propio idioma. Tenemos servicios de traducción disponibles. Asimismo, contamos con información en letras de mayor tamaño, sistema Braille y medios audibles. Todos estos servicios están disponibles sin costo. Nuestro número de teléfono para usuarios de TTY es **1-877-247-6272**.

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 a su 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 dónde le duele, qué aspecto tiene y qué se siente. La enfermera puede ayudarle a decidir si usted 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 Familiarícese con el sitio web de WellCare

WellCare tiene un sitio web para que usted lo utilice. Visite ohio.wellcare.com. En el sitio web, usted puede:

- Buscar proveedores por condado o por código postal
- Encontrar el manual para miembros de WellCare y otra información importante sobre el plan, que incluye números de teléfono y las Preguntas más Frecuentes (FAQ) de los miembros
- Contactar a WellCare con cualquier pregunta o inquietud
- Reportar una sospecha de caso de fraude o abuso
- Obtener información de salud útil, incluidos consejos sobre la salud y vínculos a otros recursos para la salud

El sitio web también cuenta con un portal para miembros de acceso seguro. Para acceder a él, necesitará inscribirse con un nombre de usuario y una contraseña. Siga las instrucciones sobre cómo hacerlo. Una vez ingrese al portal seguro, usted podrá:

- Actualizar su dirección y número de teléfono
- Solicitar una nueva tarjeta de ID y más

Llame a Servicios a Miembros con cualquier pregunta que pueda tener sobre el sitio web. Llame al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**), de lunes a viernes de 7am a 7pm, hora del este.

8 En caso de 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 qué 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 es pago a 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 un servicios que nunca fueron realizados
- Falsificar el diagnóstico de un paciente para justificar exámenes, cirugías u otros procedimientos que no son medicamento 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 urgencia 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.



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. Asimismo, 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:

- Transplante 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

Después de inscribirse, WellCare le comunicará si alguno de sus medicamentos actuales, que antes no requería autorización previa cuando era pagado por el cargo por servicio de Medicaid, ahora la requiere. Es muy importante que consulte la información provista por WellCare y que se comunique con servicios a miembros de WellCare si tiene alguna pregunta. También puede buscar en el sitio web de WellCare en ohio.wellcare.com, para averiguar si su(s) medicamento(s) requiere(n) autorización previa. Es posible que necesite hacer un seguimiento con el consultorio del profesional que le entregó la receta a fin de presentar a WellCare una solicitud de autorización previa, de ser necesaria. Si su(s) medicamento(s) necesita(n) autorización previa, usted no podrá obtenerlo(s) hasta que su médico proveedor envíe una solicitud a WellCare y esta sea aprobada.



CÓMO OBTENER SUS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIOS CUBIERTOS POR WELLCARE

WellCare cubre todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid.

Los servicios cubiertos por WellCare están cubiertos sin costo alguno para usted. Por favor comuníquese con Servicios a Miembros, los días de semana de 7 a.m. a 7 p.m., 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 de abuso de sustancias
- Servicios de centro de enfermería para una internación de corto plazo para 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)
- Medicamentos con receta, incluidos algunos medicamentos de venta libre recetados
- 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 de cuidado rutinario del niño (Healthchek) para menores de 21 años
- Exámenes anuales para adultos

Si *debe* viajar a 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. Por favor comuníquese con Servicios a Miembros, los días de semana de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este, al 1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272) si tiene alguna pregunta.

Además de la asistencia de transporte ofrecida por WellCare, los miembros también pueden recibirla

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 de 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

Usted puede visitar a cualquier proveedor por los siguientes servicios:

- Cuidado en centros de salud mental comunitarios, centros de salud con calificación federal (FQHC) y en centros de salud rurales (RHC)
- 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 Abuso de Alcohol y 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 independientes contratados

- 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 autoriza 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 o 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 Abuso de Alcohol y 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 u ocupacional, servicios de podología y terapia de habla o 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 y suplementos nutricionales
- Programas de tratamiento del dolor
- Servicios de terapia respiratoria
- Servicios de salud mental que no son provistos en un centro de salud mental comunitario
- Servicios por abuso de sustancias que no son provistos en un centro certificado por el Departamento de Servicios por Abuso de Alcohol y Drogas de Ohio (ODADAS)
- 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 o pulmonar
- Servicios de radiología—CT, CTA, MRA, MRI, PET, SPECT, pruebas cardíacas nucleares y procedimientos de radiología avanzados
- Transferencias no urgentes a hospitales
- Transplantes 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) los días de semana 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.

No necesita aprobación para su primera visita. Si elige continuar viendo a su proveedor, se requerirá una aprobación de los servicios. Su proveedor trabajará con Magellan para obtener la autorización. (Magellan administra estos servicios en nombre de WellCare).

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 ayudarle.

También puede autorreferirse directamente a un centro de salud mental comunitario o al Departamento de Servicios por Abuso de Alcohol y 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.



ADMINISTRACIÓN DE CUIDADO

WellCare ofrece servicios de administración de cuidado que están disponibles para niños y adultos con necesidades especiales de cuidado de la salud. Nuestros programas de administración de cuidado se ofrecen a miembros que:

- Según lo identificado, necesitan asistencia para acceder o utilizar servicios.
- Tienen condiciones de salud a largo plazo o complejas. Esto incluye condiciones como asma, diabetes, VIH/SIDA y embarazos de alto riesgo.

Nuestros administradores de cuidado están capacitados para ayudarle a usted, a su familia y a su médico a hacer los arreglos para los servicios necesarios para tratar su enfermedad. Nuestro objetivo es ayudarle a comprender cómo cuidarse y mantener una buena salud.

Nuestros programas de administración de cuidado le ofrecen un administrador de cuidado y otro personal de contacto. Ellos trabajarán personalmente con usted para ayudar a coordinar sus necesidades de cuidado de la salud. Para hacerlo:

- Posiblemente le hagan preguntas para obtener más información sobre su condición.
- Trabajarán con su médico para hacer los arreglos para los servicios que usted necesite y ayudarle a comprender su enfermedad.

- Le brindaremos información para ayudarle a comprender cómo cuidar de sí mismo y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales.

Usted puede ser contactado sobre la administración de cuidado si:

- Solicita servicios de administración de cuidado.
- Su médico solicita que usted sea incluido en un programa de administración de cuidado.
- Determinamos que usted cumple los criterios para uno de nuestros programas de administración de cuidado.

Hable con su médico para obtener más información sobre estos programas. Para aprender más, también puede llamar a Servicios a Miembros. Llame al **1-800-951-7719 (TTY 1-877-247-6272)**, de lunes a viernes de 7am a 7pm, hora del este.



SERVICIOS DE FARMACIA

Si bien WellCare cubre todos los medicamentos médicamente necesarios cubiertos por Medicaid, utilizamos una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. También podemos requerir que su proveedor nos presente información (una solicitud de autorización previa) que explique el motivo por el que es necesario un medicamento específico y/o cierta cantidad de medicación. Es preciso que aprobemos la solicitud antes de que usted pueda obtener el medicamento. Las razones por las que debemos autorizar previamente un medicamento incluyen:

- Se dispone de un medicamento genérico o de farmacia alternativo.
- Puede hacerse un mal uso del medicamento o abusarse de él.
- Hay otros medicamentos que deben probarse antes.

Algunos medicamentos también pueden tener limitaciones de cantidad (monto) y otros nunca son cubiertos; por ejemplo, los medicamentos para bajar de peso.

Si no aprobamos una solicitud de autorización previa para un medicamento, le enviaremos información sobre cómo puede apelar nuestra decisión y sobre su derecho a una audiencia pública.

Usted puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar información sobre nuestra PDL y los medicamentos que requieren autorización previa. También puede consultar nuestro sitio web ohio.wellcare.com.

Por favor tenga en cuenta que nuestra PDL y nuestra lista de medicamentos que requieren autorización previa pueden cambiar. Por ese motivo, es importante que usted y/o su proveedor verifiquen esta información cuando necesite dispensar o renovar una receta.

El Estado de Ohio permite a los planes de Cuidado Administrado (MCP) desarrollar e implementar programas de asistencia para determinados miembros que han recibido medicamentos que no son médicamente necesarios, a fin de establecer y mantener una relación con un único proveedor y/o farmacia para coordinar el tratamiento. Los miembros seleccionados para el programa de WellCare recibirán información adicional y serán notificados de su derecho a una audiencia pública, según corresponda.



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 o 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, 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 qué 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, televisión 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 beneficio de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación sobre la salud y exámenes de laboratorio para todas las personas con Medicaid, desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que los niños estén saludables y se desarrollen física y mentalmente.

Las madres deben hacerse exámenes prenatales y los niños deben ser examinados al nacer, a los 3-5 días de edad, y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Posteriormente, los niños deben hacerse al menos un examen por año.

Healthchek también cubre exámenes completos médicos, de la visión, dentales, de la audición, nutricionales, del desarrollo y de la salud mental, además de otros cuidados para tratar problemas o condiciones físicas, mentales o de otro tipo detectados por un examen. Healthchek cubre pruebas y servicios de tratamiento que pueden no estar cubiertos para personas mayores de 20 años de edad; algunas pruebas y servicios de tratamiento pueden requerir aprobación previa.

Los servicios de Healthchek están disponibles sin ningún costo para los miembros e incluyen:

- Controles preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años de edad.
- Exámenes de diagnóstico de Healthchek:
 - Exámenes médicos completos (con una revisión del desarrollo físico y la salud mental)
 - Exámenes de la visión
 - Exámenes dentales
 - Exámenes de la audición
 - Controles de nutrición
 - Exámenes de desarrollo
 - Análisis de plomo
- Análisis de laboratorio para determinadas edades
- Inmunizaciones
- Cuidado de seguimiento médicamente necesario para tratar problemas o condiciones físicas,

mentales o de otro tipo detectados durante un examen de diagnóstico. Esto puede incluir, pero no se limita a, servicios como:

- Visitas a un proveedor de cuidado primario, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de WellCare para diagnosticar y tratar problemas o condiciones
- Cuidado en hospital para pacientes internados o ambulatorios
- Visitas a clínicas
- Medicamentos con receta
- Pruebas de laboratorio
- Educación sobre la salud

Es muy importante hacerse controles preventivos y exámenes de diagnóstico, para que sus proveedores puedan detectar y tratar cualquier problema de salud de manera temprana, o referirlo a un especialista para su tratamiento, antes de que el problema se haga más grave. Algunos servicios pueden requerir un referido de su PCP o una autorización previa de WellCare. Además, en el caso de artículos o servicios del programa EPSDT, es posible que su proveedor solicite una autorización previa para que WellCare cubra beneficios que tienen límites o que no están cubiertos para los miembros mayores de 20 años. Por favor consulte las páginas 5 y 6 para ver qué servicios requieren un referido y/o una autorización previa.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración de cuidado están disponibles para todos los miembros que tienen necesidades especiales de cuidado de la salud, desde su nacimiento hasta antes de cumplir 21 años de edad. Por favor consulte el inserto de *Beneficios adicionales de WellCare* para aprender más sobre los servicios de administración de cuidado ofrecidos por WellCare.

Usted debe llamar al médico de su hijo para programar una cita para un examen de Healthchek para su hijo lo antes posible. Cuando llame, asegúrese de solicitar un examen de 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 7am a 7pm, 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 de Healthckek que necesita su hijo, 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

Frecuencia de los exámenes físicos

Durante los primeros 90 días de su inscripción, todos los miembros nuevos deben hacerse un examen físico con fines de referencia. Las mujeres embarazadas inscritas en el plan deben asistir dentro de los primeros 14 días. Las recomendaciones de la clínica Cleveland sobre visitas para exámenes de salud periódicos de adultos asintomáticos son:

De 19 a 39 años—cada 1 a 3 años (las mujeres deben hacerse un examen de Papanicolaou anual; si obtienen resultados normales durante 3 años seguidos, entonces 1 examen cada 3 años)

40 a 64 años de edad—cada 1 a 2 años, según los factores de riesgo

65 años de edad en adelante—todos los años

EDAD	EXAMEN DE DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA
18 años de edad en adelante	Presión arterial, altura, índice de masa corporal (BMI), consumo de alcohol	Cada año desde los 18 hasta los 21 años de edad; luego, cada 1 a 2 años, o según la recomendación de su PCP.
Hombres de 35 a 65 años de edad Mujeres de 45 a 65 años de edad	Colesterol (TC/HDL sin ayunas)	Cada 5 años (más frecuentemente para niveles altos)
Hombres y mujeres de alto riesgo, de 20 años de edad en adelante	Colesterol (TC/HDL sin ayunas)	Cada 5 años (más frecuentemente para niveles altos)
Mujeres sexualmente activas de 18 años de edad en adelante (si es sexualmente activa, debe considerarse a los 12 años)	Clamidia	Anualmente y según la recomendación de su PCP
Mujeres de 18 a 65 años de edad (o 3 años después de iniciar actividades sexuales, según lo que ocurra antes)	Examen de Papanicolaou	Cada 1 a 3 años
Mujeres desde los 40 años de edad en adelante	Mamografía	Cada 1 a 2 años
50 años de edad en adelante	Examen colorrectal	Periódicamente, dependiendo del examen y del riesgo (por ejemplo, colonoscopia cada 10 años si el riesgo es bajo, o cada 2 años en caso de alto riesgo)
Mujeres de 65 años de edad en adelante (60 años en adelante, si tiene riesgo de sufrir fracturas)	Osteoporosis	Medición de masa ósea cada dos años
65 años de edad en adelante	Visión, audición	Periódicamente

INMUNIZACIONES (VACUNAS)

Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Td/Tdap)	19 años en adelante, Tdap—reemplazar 1 dosis única de Tdap por Td y luego reforzar con Td cada 10 años
Varicela (VZV)	Todos los adultos sin evidencia de inmunidad a la varicela deben recibir 2 dosis de una vacuna de antígeno simple contra la varicela si no fueron vacunados previamente; o recibir la segunda dosis si han recibido solo 1 dosis, a menos que tengan una contraindicación médica
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	Los adultos nacidos a partir de 1957 deben recibir 1 o 2 dosis, a menos que tengan una contraindicación médica
Antineumocócica polisacárida (PPSV)	65 años de edad en adelante—1 dosis
Influenza estacional	Anualmente, desde los 50 años de edad en adelante
Vacuna contra la Hepatitis A (HepA)	Todas las personas no vacunadas que anticipan un contacto cercano con una persona adoptada en el extranjero o aquellas personas con determinadas conductas de alto riesgo
Vacuna contra la hepatitis B (HepB)	Adultos en riesgo, desde los 18 años de edad en adelante—3 dosis
Vacuna antimeningocócica conjugada (MCV)	Alumnos del primer año universitario en residencias estudiantiles que no se hayan aplicado la vacuna antimeningocócica conjugada (MCV) y otras personas en riesgo, desde los 18 años de edad en adelante —1 dosis Para los adultos mayores de 56 años se prefiere la vacuna antimeningocócica polisacárida
Virus del papiloma humano (HPV)	*Para miembros elegibles hasta los 26 años de edad—serie de 3 dosis
Zoster	Desde los 60 años de edad en adelante—1 dosis, a menos que el miembro tenga una condición médica que constituya una contraindicación
Gripe de Haemophilus influenzae tipo B (Hib)	Para miembros elegibles que estén en alto riesgo y que no hayan recibido previamente la vacuna contra Hib—1 dosis

Prevención

- Aspirina para prevenir eventos cardiovasculares.
 - Hombres: 40 años de edad en adelante
 - Mujeres: 50 años de edad en adelante
- Discutir la importancia de los exámenes preventivos (mamografías y autoexámenes de mamas para mujeres en alto riesgo y que tienen antecedentes familiares).
- Discutir la prueba de antígeno prostático específico (PSA) y examen rectal (hombres de 40 a 75 años de edad en adelante, a criterio del PCP).

Asesoramiento

- Calcio: 1,000 mg por día para mujeres de 18 a 50 años de edad. 1,200 a 1,500 mg por día para mujeres de 50 años de edad en adelante.
- Ácido fólico: 0,4 mg por día para mujeres en edad fértil; 4 mg por día para mujeres que han tenido hijos con defectos del tubo neural (NTD).
- Lactancia materna: Mujeres que han dado a luz.
- Dejar el consumo de tabaco; consumo de drogas y alcohol; enfermedades de transmisión sexual (STD) y VIH; nutrición; actividad física; exposición al sol; salud bucal; prevención de lesiones; medicamentos múltiples.

*Sujeto a la cobertura estatal individual.

Referencias:

- Guía de servicios clínicos preventivos, 2007: Recomendaciones de la fuerza de tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos de 2007.
- Comunicado de prensa “El Comité Asesor de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) recomienda la vacunación contra el virus del papiloma humano”, 29 de junio de 2006.
- Programa recomendado de inmunizaciones para adultos – Estados Unidos, 2010.
- Tercer informe del Panel Experto sobre detección, evaluación y tratamiento de alto colesterol en sangre en adultos (Panel de Tratamiento de Adultos III), mayo de 2001.
- La salud ósea y la osteoporosis: Informe del Cirujano General (2004).
- Clínica Cleveland, www.cchs.net/health/health-info, Exámenes de salud periódicos y diagnósticos de cáncer.
- Recomendaciones del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) sobre examen de diagnóstico de cáncer colorrectal para pacientes

con riesgo medio y riesgo más alto en práctica clínica, abril de 2008.

Descargo de responsabilidad: Las pautas preventivas para la salud están basadas en información y recomendaciones de terceros independientes disponibles antes de la impresión. Estas pautas no reemplazan el asesoramiento de su médico. Su médico puede tener información más actualizada. Los miembros siempre deben hablar con su(s) médico(s) sobre qué cuidado y tratamiento son los adecuados para ellos. El hecho de que un servicio o artículo se encuentre en estas pautas no es una garantía de cobertura o de pago. Los miembros deben consultar los documentos de cobertura de su plan para averiguar qué es y qué no es un beneficio cubierto. WellCare no ofrece asesoramiento médico ni proporciona cuidado médico, y no garantiza ningún resultado o consecuencia. WellCare no garantiza o se responsabiliza por ninguna información contenida o no en estas pautas, y tampoco por recomendaciones de terceros independientes de los que se obtuvo cualquier parte de esta información.

Versión: 2/2010 (revisada)

Desde recién nacido hasta los 21 años

EDAD	CONTROLES RUTINARIOS DEL BEBÉ Y GUÍA DE VACUNACIÓN
Recién nacido	Control rutinario del bebé* al nacer Prueba de audición Análisis de sangre de diagnóstico y vacuna contra la hepatitis B (HepB) para el recién nacido.
De 3 a 5 días	Control rutinario del bebé* según lo recomendado por su médico, incluido análisis de sangre de diagnóstico para el bebé recién nacido y vacuna contra la hepatitis B (HepB) si no se hicieron al nacer. Esta visita es especialmente importante si su bebé fue enviado a su hogar no más de 48 horas después de haber nacido.
1 mes	Control rutinario del bebé* Segunda dosis de la vacuna contra la Hep B Análisis de sangre de diagnóstico para el recién nacido, si aún no se completó
2 meses	Control rutinario del bebé* Vacunas contra la difteria, tétanos y tos ferina (DTaP), rotavirus (RV), polio (IPV), neumocócica conjugada (PCV), y Haemophilus influenzae tipo b (Hib) Análisis de sangre de diagnóstico para el recién nacido, si aún no se completó
4 meses	Control rutinario del bebé* Vacunas contra DTaP, Hib, IPV, PCV y RV.
6 meses	Control rutinario del bebé* Vacunas contra DTaP, HepB, IPV, PCV, la influenza, Hib y RV Evaluación de riesgo de plomo en la sangre
9 meses	Control rutinario del bebé* Evaluación de riesgo de plomo en la sangre

EDAD	CONTROLES RUTINARIOS DEL NIÑO Y GUÍA DE VACUNACIÓN
12 meses	Control rutinario del bebé* Examen de presencia de plomo en la sangre, hemoglobina o hematocrito Vacunas Hib, sarampión, paperas, rubéola (MMR), hepatitis A (HepA), varicela (viruela loca), PCV y contra la gripe. Visita dental cuando se identifique su necesidad**
15 meses	Control rutinario del bebé* Vacuna contra DTaP Examen de orina y análisis de plomo en la sangre, si no se realizó a los 9 o 12 meses
18 meses	Control rutinario del bebé*. Segunda dosis de la vacuna HepA (6 meses después de la primera dosis) Visita dental
24 meses	Control rutinario del bebé* Prueba de nivel de plomo en la sangre Vacuna contra la gripe Visita dental
30 meses	Control rutinario del bebé*
3 años	Control rutinario del niño* Examen de diagnóstico de ojos Visita al dentista dos veces al año Vacuna contra la gripe Análisis de plomo en la sangre si no se realizó a las edades de 12 y 24 meses
4 a 6 años	Control rutinario anual del niño*. Examen de diagnóstico de ojos entre los 4 y los 5 años Visita al dentista dos veces al año Análisis de orina a los 5 años Vacunas DTaP, IPV, MMR, varicela y contra la gripe Análisis de plomo en la sangre si no se realizó a las edades de 12 y 24 meses
7 a 10 años	Control rutinario anual del niño*. Visita al dentista dos veces al año Vacuna contra la influenza Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años

Continúa en la página siguiente

EDAD	CONTROLES RUTINARIOS DEL NIÑO Y GUÍA DE VACUNACIÓN
11 y 12 años	Control rutinario anual del niño*. Vacuna meningocócica conjugada (MCV), tétanos, difteria y tos ferina (Tdap), serie de vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV), vacuna contra la gripe todos los años Visita al dentista dos veces al año
13 a 21 años	Control rutinario anual del adolescente* Serie HPV (si no se administró previamente), vacuna contra la influenza cada año para las edades de 13 a 18 años Visita al dentista dos veces al año Análisis de orina antes de los 16 años Las mujeres deben hacerse un examen pélvico y de Papanicolaou entre los 18 y los 21 años. Los miembros de alto riesgo de 19 a 21 años de edad deben recibir la vacuna contra la gripe cada año

NOTAS:

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

Su médico también llevará a cabo los siguientes servicios, según sea necesario:

1. Análisis de hemoglobina o hematocrito a los 4, 12, 18 y 24 meses, y desde los 3 años hasta los 21 años
2. Evaluaciones y/o análisis de riesgo de envenenamiento con plomo a partir de los 3 años y hasta los 6 años de edad
3. Evaluaciones y/o análisis de riesgo de tuberculosis a partir de los 12 meses y hasta los 21 años de edad, a las edades de 1, 6, 12, 18, y 24 meses, y de los 3 a los 21 años de edad
4. Evaluaciones de riesgo de enfermedades cardiovasculares y examen de diagnóstico de colesterol a partir de los 2 años hasta los 21 años de edad
5. Pruebas de infecciones de transmisión sexual desde los 11 años hasta los 21 años de edad
6. “Actualización” de todas las vacunas no administradas anteriormente

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

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

REFERENCIAS:

- Bright Futures/Academia Americana de Pediatría 2008 (www.aap.org),
- Comité sobre recomendaciones de práctica médica y medicina ambulatoria para el cuidado preventivo de la salud pediátrica, PEDIATRICS, Vol. 105 (3), marzo de 2000, páginas 645-646, Copyright © 2000 por la AAP.
- Programas recomendados de inmunización para personas de 0 a 18 años – Estados Unidos 2010, aprobado por el Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/child-schedule.htm#printable>, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP).
- Programa de actualización de inmunizaciones para personas de 4 meses a 18 años de edad que comienzan a vacunarse tarde o que están atrasados más de un mes, Estados Unidos-2009, aprobado por el Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunización (www.cdc.gov/nip/acip/), Bright Futures/Academia Americana de Pediatría 2008 (www.aap.org) y la Academia Americana de Médicos de Familia (www.aafp.org).
- Asociación Americana de Odontología (<http://www.ada.org/>)

Versión: 2/2010 (revisada)



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, quieran 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. Esto 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 obtener información sobre servicios de asesoramiento legal gratuitos, llame sin cargo al **1-800-589-5888** de lunes a viernes, de 8:30am a 5pm, 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 decírselo 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 qué desea usted 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 sea de 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 artificialmente alimento y agua, y cuándo no (vea la página 15).

? ¿Cómo funciona el testamento vital?

Este testamento 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. Solo usted puede modificar o cancelar su testamento vital. Eso es algo que puede hacer en cualquier momento.

ORDEN DE NO RESUCITAR

Las reglamentaciones 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, 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 solo 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 PARA EL TRATAMIENTO DE LA 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 solo 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 optar por detener o no utilizar soporte vital después de los 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 colocados 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 puede detenerse el suministro artificial de alimento y agua o directamente no utilizarse.
- 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 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 directamente 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 de los mismos 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 ser 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 comunique con nosotros para que podamos ayudarle. Para comunicarse con nosotros usted puede:

- Llamar al Departamento de Servicios a Miembros, los días semana de 7am a 7pm, 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. No olvide 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
- Denegarle 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 “aprueba” su solicitud de cubrir un servicio para usted;
- Dado a usted una respuesta a la cuestión que le produjo insatisfacción.

Si no está de acuerdo con la decisión o 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. (El período de 90 días calendario comienza el día siguiente a la fecha de envío indicada en la carta). 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 semana de 7am a 7pm, 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 Policy and Health Plan Services
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709
1-800-605-3040 o **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
- Se toma una decisión para proponer la inscripción o continuar la inscripción en el Programa de Servicio Coordinado de WellCare.
- Se toma una decisión para rechazar su solicitud de cambiar su proveedor del Programa de Servicio Coordinado de WellCare.

En el momento en que WellCare tome la decisión, o se le comunique que el proveedor está facturándole el pago, le enviaremos un formulario de audiencia pública. Si quiere una audiencia pública, debe solicitarla dentro de los 90 días calendario. El período de 90 días calendario comienza el día siguiente a la fecha de envío indicada en el formulario de audiencia. 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 del formulario por correo, 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 lograr, 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 respeto 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 reglamentaciones federales.

- Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos y poder exigir que el registro sea modificado o 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 rechazar un tratamiento o terapia. Si usted lo rechaza, 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. Veá 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 lo atienda.
- Ser informado sobre cualquier cuidado experimental y poder negarse a formar parte del experimento.
- Realizar directivas anticipadas (un testamento vital). Veá las páginas 15 a 18, 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 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., 30th Floor
 Columbus, OH 43215
 1-614-644-2703 o 1-866-227-6353
 (TTY 1-866-221-6700)
 Fax: 1-614-752-6381

- Para solicitar y obtener una copia de sus registros médicos de su médico. 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.
- Concurrir puntualmente a las citas.
- Notificar al consultorio médico si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Respetar los derechos de todos los proveedores de servicios.
- Respetar los bienes de todos los proveedores de servicios.
- 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 debe ver 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 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. También es importante que llame a Servicios a Miembros y a su trabajador social del condado si ha perdido el seguro de salud que había reportado anteriormente. Si no nos proporciona esta información, podría haber problemas para recibir el cuidado y las facturas.

PÉRDIDA DE LA 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 del día 10 del mes, su membresía será cancelada el primer día del mes siguiente. Si llama después de ese momento, su membresía no será cancelada hasta el 1.º día del mes siguiente. Si usted elige otro plan de cuidado administrado, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de comienzo de su membresía.

¿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 o a 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 deberá 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 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 alega 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 necesite, por objeciones morales o religiosas.
- Su médico ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted 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.
- Dificultad para acceder 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.
- Otros motivos—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 primer 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 nuevo médico, 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 BIEN
- Están recibiendo servicios por medio del Departamento de la Oficina de Salud para Niños con Discapacidades Médicas de Ohio (BCMH).

Además, si una persona es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal, independientemente de su edad, tiene la opción de no ser miembro de un plan de cuidado administrado.

Si cree que usted o su niño cumplen alguno de los criterios anteriores y no desea ser miembro de un plan de cuidado administrado, puede llamar sin cargo 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 nuestros 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 Policy and Health Plan Services
P.O. Box 182709
Columbus, OH 43218-2709

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

También puede visitar al ODJFS en su 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 7am a 7pm, hora del este, al **1-800-951-7719** (TTY **1-877-247-6272**).

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE WELLCARE

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVÍSELA ATENTAMENTE.

Fecha de vigencia de esta Notificación de Privacidad: 15 de julio de 2010

La ley nos exige proteger la privacidad de la información de salud que puede revelar su identidad. También nos exige proveerle una copia de esta Notificación de Privacidad, que describe no sólo nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sino también los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud.

Esta Notificación de Privacidad se aplica a las siguientes entidades de WellCare:

- 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.
- WellCare of Texas, Inc.
- WellCare Health Plans of New Jersey, 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.
- WellCare Specialty Pharmacy, Inc.

Ocasionalmente, podemos modificar nuestras prácticas de privacidad. Si realizamos alguna revisión sustancial a esta notificación, le proporcionaremos una copia de la nueva notificación, en la cual se especificará la fecha a partir de la cual entrará en vigencia. La nueva notificación se aplicará a toda su información de salud a partir de la fecha de la notificación en adelante.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

WellCare exige que sus empleados cumplan sus políticas y procedimientos de privacidad y seguridad para proteger su información de salud, ya sea en forma oral (por ejemplo, cuando se habla de su información de salud con personas autorizadas, por teléfono o en persona), escrita o electrónica.

1. Tratamiento, pago y operaciones de negocios. *Podemos utilizar su información de salud o compartirla con otros para ayudar a tratar su condición, coordinar el pago de ese tratamiento y llevar a cabo nuestras operaciones de negocios. Por ejemplo:*

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud a un proveedor de cuidado de la salud que le esté brindando tratamiento. Podemos usar su información para notificar a un médico que lo trata sobre los medicamentos con receta que está tomando.

Pago. Utilizaremos su información de salud para recibir pagos de primas, pagos de farmacias de medicamentos específicos o para cumplir con nuestra responsabilidad de brindar cobertura y beneficios de acuerdo con un plan de salud, como para procesar la reclamación de reembolso de un médico por servicios provistos a usted.

Operaciones de cuidado de la salud. También podemos divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de cuidado de la salud. Estas incluyen la detección de fraudes y abusos de los programas de cumplimiento, el servicio al cliente y la resolución de protestas internas.

Alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para comunicarle opciones o alternativas de tratamiento, así como beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Su autorización. Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, usted puede proporcionarnos su autorización por escrito para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. También la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras esta haya estado en vigor. A menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los que se describen en esta notificación.

Miembros de su familia cercana, familiares o amigos cercanos que participan en su cuidado. A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia cercana, familiares o amigos personales cercanos identificados por usted que participen en su tratamiento o sean responsables de pagarlo. Si usted no está presente para prestar su acuerdo u oponerse, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación tiene como fin beneficiarlo. Si decidimos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, familiar u otra persona identificada por usted, sólo divulgaremos la información de salud que sea relevante para su tratamiento o pago.

Socios de negocios. Podemos divulgar su información de salud a un “socio de negocios” que necesite la información a fin de desempeñar una función o servicio para nuestras operaciones de negocios. Los administradores, auditores, abogados y consultores de terceros son algunos ejemplos de socios de negocios.

2. Necesidad pública. *Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros a fin de cumplir con las normas establecidas por la ley o para cumplir con necesidades públicas importantes, las cuales se describen a continuación:*

- si la ley nos obliga a hacerlo;
- a funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia de un gobierno extranjero que colabore con tales funcionarios) a fin de que puedan desempeñar sus actividades relativas a la salud pública;
- a agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones, así como investigaciones, procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales, incluidas las agencias que supervisan programas tales como Medicare y Medicaid;
- a una autoridad de salud pública, si razonablemente consideramos que usted es una posible víctima de abuso, abandono o violencia doméstica;
- a una persona o compañía regulada por la Administración de Medicamentos y Alimentos para: (i) informar defectos o problemas de productos o hacer un seguimiento de estos; (ii) reparar, reemplazar o retirar del mercado productos defectuosos o peligrosos; o (iii) supervisar el desempeño de un producto después de haber sido aprobado para su uso por el público en general;
- si así lo ordena un tribunal o un tribunal administrativo, o de conformidad con una citación, petición de presentación de pruebas u otra solicitud lícita por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se ha hecho todo lo posible para notificarlo a usted acerca de la petición o para obtener una orden judicial para proteger la información de otras divulgaciones;
- a funcionarios de ejecución de la ley para cumplir con órdenes judiciales o leyes, y para ayudar a dichos funcionarios a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida;
- para prevenir una amenaza grave o inminente a su salud o a su seguridad, o a las de otras personas o del público en general, en cuyo caso sólo compartiremos la información con una persona capaz de prevenir la amenaza;
- con fines de investigación;
- en la medida que resulte necesario para cumplir con las leyes relativas al programa de Compensación de Trabajadores y otros programas establecidos por ley que proveen beneficios por lesiones o enfermedades laborales, sin considerar el fraude;
- a las autoridades competentes de rango militar para las actividades que consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar;

- a funcionarios de prisiones o funcionarios de ejecución de la ley si es necesario para proveerle a usted cuidado de la salud, o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted esté confinado;
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a un médico forense o examinador médico, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte;
- a directores de funerarias, en la medida que resulte necesario para cumplir sus obligaciones; y
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que obtengan o almacenen órganos, ojos u otros tejidos a fin de que puedan investigar si la donación o el trasplante es posible según las leyes vigentes.

3. Información parcialmente encubierta. Podemos utilizar y divulgar información de salud “parcialmente encubierta” sobre usted con fines de salud pública y de investigación, o para operaciones de negocios, si la persona que recibe la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de tal información, en la medida en que lo requieren las leyes federales y estatales. La información de salud parcialmente encubierta no contendrá ninguna información que permita identificarle directamente (por ejemplo, su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia de conducir).

SUS DERECHOS A ACCEDER Y A CONTROLAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Queremos informarle que usted tiene los siguientes derechos de acceder y controlar su información de salud.

1. Derecho a acceder a su información de salud. Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información de salud, a excepción de la información: (i) incluida en notas de psicoterapia; (ii) información recopilada previendo una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o para ser utilizada en ellos; y (iii) con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988 (CLIA).

Si usamos o mantenemos un registro de salud electrónico (EHR) para usted, usted tiene derecho a obtener una copia de dicho registro en formato electrónico y también tiene derecho a indicarnos que le enviemos una copia de su EHR a un tercero designado claramente por usted. Si desea acceder a su información de salud, por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Normalmente responderemos a su solicitud dentro de un período de 30 días si la información se encuentra

en nuestras instalaciones, y dentro de 60 días si se encuentra en otro sitio. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo haremos saber tan pronto como sea posible. Podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir los costos de las copias y el franqueo. Si usted solicita una copia de su EHR, no le cobraremos más que los costos de nuestra mano de obra para facilitársela.

Es posible que no le permitamos acceder a su información de salud si esta: (1) con probabilidad razonable podría poner en riesgo su vida o su seguridad física o las de un tercero; (2) se refiere a otra persona y el acceso por parte de usted probablemente causaría daños a dicha persona; o (3) un profesional del cuidado de la salud determina que el acceso por parte de usted, como representante de otra persona, probablemente causaría daños a dicha persona o a un tercero. Si su pedido de acceso es rechazado por alguno de estos motivos, usted tiene derecho a una revisión por parte de un profesional del cuidado la salud designado por nosotros, el cual no habrá intervenido en la decisión de denegar el acceso. Si el acceso es finalmente denegado, usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito en la que se detallarán los motivos del rechazo.

2. Derecho a enmendar su información de salud. Si usted considera que tenemos información sobre su persona que es incorrecta o incompleta, puede solicitar por escrito una enmienda a su información de salud. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta dentro de los 60 días después de que se haya recibido su solicitud. En caso de que nosotros no hayamos generado su información de salud o si esta ya es exacta y completa, podemos rechazar su solicitud y notificarle nuestra decisión por escrito. También puede presentar una declaración para manifestar que está en desacuerdo con nuestra decisión, la cual podemos refutar. Usted tiene derecho a pedir que su solicitud original, nuestro rechazo, su declaración de desacuerdo y nuestra refutación se incluyan en cualquier divulgación futura de su información de salud.

3. Derecho a recibir un informe de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros y nuestros socios de negocios. Usted puede solicitar dicha información para el período de seis años anterior a la fecha de su solicitud. El informe no incluirá las divulgaciones: (i) con fines de pago, tratamiento u operaciones de cuidado de la salud; (ii) efectuadas a usted o a su representante personal; (iii) que usted haya autorizado por escrito; (iv) efectuadas a sus familiares y amigos involucrados en su cuidado o en el pago de su atención médica; (v) efectuadas con fines de investigación, salud pública o nuestras operaciones de negocios; (vi) efectuadas a funcionarios federales con motivos de seguridad nacional y actividades de inteligencia; y (vii) que sean incidentales a una utilización o divulgación permitidas o exigidas por la ley.

Si desea recibir un informe de divulgaciones, por favor escriba a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Si no tenemos su información de salud, le daremos la información de contacto de quien la tenga. Usted recibirá una respuesta dentro de los 60 días después de que se haya recibido su solicitud. Usted recibirá una solicitud anual sin cargo, pero podemos cobrarle un cargo razonable, de acuerdo con los costos, por solicitudes adicionales dentro de un mismo período de doce meses.

4. Derecho a solicitar protección de privacidad adicional. Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. Si acordamos hacerlo, cumpliremos nuestro acuerdo excepto en una situación de emergencia. No estamos obligados a prestar nuestro acuerdo a la restricción, a menos que la información se refiera exclusivamente a un artículo o servicio de cuidado de la salud que usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos, siempre que usted exprese claramente que la divulgación de dicha información podría significar un riesgo para usted. Si desea recibir comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos, por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad y describa el modo o lugar alternativo en el que desea recibir las comunicaciones.

6. Derecho a ser notificado sobre incumplimiento relativo a información de salud sin cifrar. Nuestra política es cifrar nuestros archivos electrónicos que contienen su información de salud a fin de proteger la información de personas que no deben tener acceso a ella. Sin embargo, si por alguna razón experimentamos un incumplimiento de su información médica sin cifrar, tal incumplimiento le será notificado. Si tenemos más de diez personas con quienes no podamos comunicarnos debido a información de contacto desactualizada, publicaremos una notificación ya sea en nuestro sitio web (www.wellcare.com) o en un medio de comunicación importante en su área.

7. Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir, en cualquier momento, una copia impresa de esta Notificación de Privacidad, aun si esta hubiera sido recibida por un medio electrónico. Por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com.

VARIOS

1. **Información de contacto.** Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación de Privacidad, puede comunicarse con el funcionario de privacidad al 1-866-530-9491, puede llamar al número sin cargo indicado al dorso de su tarjeta de membresía, visite www.wellcare.com, o escríbanos a la siguiente dirección:

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

2. **Quejas.** Si le preocupa que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados, usted puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto indicada anteriormente. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si usted opta por presentar una queja, no tomaremos ningún tipo de represalias.

3. **Derechos adicionales.** Es posible que se apliquen protecciones de privacidad especiales a cierta información vinculada con VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. Para más información, por favor vea la tabla adjunta titulada Información relativa a leyes estatales sobre privacidad de mayor protección para WellCare Health Plans. Si la ley del estado donde usted reside le otorga más derechos que los descritos en esta Notificación, cumpliremos con estas leyes.



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 o 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/madre/tutor Proveedor*

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre:

Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:

Teléfono: Persona de contacto:

Número 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 retroactiva)

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

Nombre:
Dirección: Ciudad: Estado: OH Código postal:
Teléfono: Persona de contacto:
Fecha(s) de servicio:

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

POR EL PRESENTE, 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 lograr, 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 precisa 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 Padre/madre/tutor

TIPO DE PROTESTA

- Relacionada con un médico
- Proveedor—Servicio al cliente insatisfactorio
- 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 al cliente insatisfactorio
- Inscripción o 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 o 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 su 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, 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 relacionados 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.

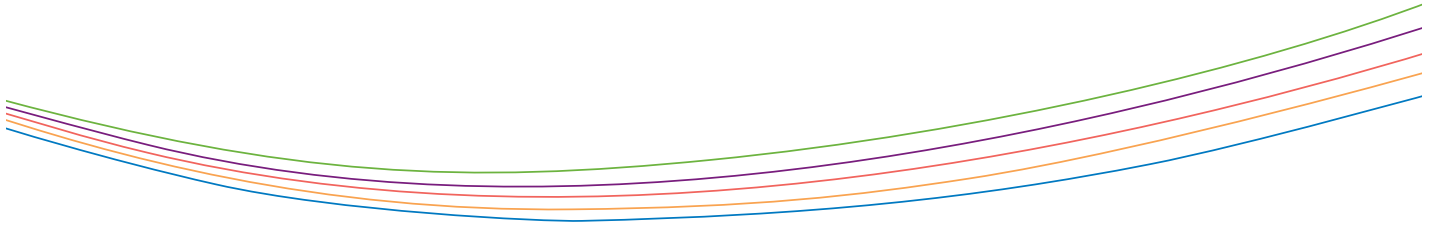
Nombre del miembro con letra de imprenta

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 el consentimiento del miembro por escrito para completar este formulario en nombre del miembro.



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

Opción para el cuidado de la salud de Ohio