



— KENTUCKY —  
**MANUAL PARA LOS  
AFILIADOS**







# WELLCARE OF KENTUCKY... AL CUIDADO DE USTED

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

**Usted es nuestra prioridad. Trabajamos arduamente para asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Para hacer esto, le ofrecemos acceso a muchos proveedores diferentes:**

- Proveedores de Cuidado Primario (PCP)
- Proveedores de salud conductual
- Especialistas
- Hospitales y otros centros de atención médica
- Laboratorios
- Farmacias

Este manual para los afiliados le brindará más información sobre sus beneficios y cómo funciona su plan de salud. Léalo y guárdelo en un lugar seguro. Esperamos que pueda responder la mayoría de sus preguntas. En caso contrario, llámenos.

Llame sin cargo al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. También puede obtener más información en nuestro sitio web. Ingrese en **[www.wellcare.com/Kentucky](http://www.wellcare.com/Kentucky)**.

Si usted es nuevo en nuestro plan, esté atento a su tarjeta de identificación (ID) de WellCare of Kentucky. La recibirá por correo unos días después de recibir este manual. **Conserve su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con usted en todo momento.** Consulte la sección "Cómo comenzar con nosotros" de este manual para obtener más información sobre su tarjeta de ID y cómo utilizarla.

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





# ÍNDICE

<b>WELLCARE OF KENTUCKY...AL CUIDADO DE USTED .....</b>	<b>3</b>
Diccionario de WellCare of Kentucky .....	9
<b>NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES .....</b>	<b>17</b>
Renueve su cobertura .....	19
Revise su correo.....	19
Lo que necesita hacer para mantener su cobertura .....	19
Actúe rápido.....	19
¡Llámenos si necesita ayuda!.....	19
<b>CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS .....</b>	<b>21</b>
Verifique su tarjeta de ID y llévela con usted en todo momento .....	22
Conozca a su proveedor de cuidado primario (PCP).....	23
¿Qué es una "visita médica de control"? Es su primera visita a su PCP.....	23
Envíenos su cuestionario para afiliados nuevos.....	26
Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.....	26
En caso de emergencia .....	27
Información de contacto .....	27
Nuestro sitio web .....	28
Conozca sus derechos y responsabilidades .....	28
Conserve este manual .....	29
Elegibilidad e inscripción en WellCare of Kentucky .....	29
<b>SU PLAN DE SALUD .....</b>	<b>31</b>
Principios básicos de la atención .....	32
Atención médicamente necesaria.....	32
Atención clínicamente apropiada.....	32
Cómo concertar y asistir a sus citas médicas.....	33
Nuestra área de servicios.....	35

# ÍNDICE

<b>Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky.....</b>	<b>37</b>
Recepción de servicios no cubiertos .....	45
<b>Servicios no cubiertos por WellCare of Kentucky .....</b>	<b>46</b>
<b>Beneficios adicionales de WellCare of Kentucky .....</b>	<b>47</b>
Programa Healthy Rewards.....	52
<b>Cómo recibir los servicios cubiertos.....</b>	<b>55</b>
Cómo entender las remisiones y autorizaciones previas.....	55
Remisiones .....	55
Autorizaciones Previas (PA).....	55
Servicios disponibles sin autorización.....	57
Administración de la Utilización (UM).....	57
Segunda opinión médica.....	58
Cuidado fuera del horario de atención .....	58
Cuidado urgente .....	59
Atención de emergencia .....	59
Cuidado de emergencia fuera del área .....	60
Cuidado posterior a la estabilización.....	61
Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido.....	61
Programa de administración de cuidado prenatal WellCare BabySteps.....	62
Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido.....	62
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).....	66
Servicios dentales .....	66
Cuidado de la salud conductual .....	66
Línea para crisis de salud conductual las 24 horas.....	67
Qué hacer en un caso de emergencia de salud conductual o si se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan.....	67
Limitaciones y exclusiones de la salud conductual .....	68
Recetas médicas .....	68
Lista de medicamentos preferidos .....	68

Otros medicamentos que puede obtener en la farmacia .....	69
Limitación de farmacia .....	70
Telehealth.....	70
Aplicación para móvil MyWellCare .....	71
Administración de cuidado.....	71
Coordinadores de servicios .....	73
Cuidado a largo plazo.....	73
Transporte médico sin carácter de emergencia .....	74
Transición del cuidado.....	74
<b>Planificación de su cuidado .....</b>	<b>76</b>
Salud preventiva .....	76
Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos – (EPSDT) Controles de salud.....	76
Pautas preventivas para la salud pediátrica (recién nacidos hasta los 21 años de edad) .....	77
Examen de salud anual de la mujer.....	86
Pautas preventivas para la salud de los adultos.....	86
Directivas anticipadas .....	91
<b>Procedimientos de protestas para afiliados.....</b>	<b>93</b>
Protestas .....	93
Apelaciones .....	95
Solicitudes de apelación acelerada.....	96
Información adicional .....	97
Proceso de audiencia imparcial del estado.....	98
Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial del estado .....	99
Oficina del Defensor .....	101
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA AFILIADOS.....</b>	<b>103</b>
Su membresía en WellCare of Kentucky .....	104

# ÍNDICE

Inscripción.....	104
Aniversario de inscripción .....	104
<b>Recuerde renovar su elegibilidad .....</b>	<b>105</b>
Nuevas opciones de renovación de Medicaid.....	105
Revise su correo .....	105
Lo que necesita hacer para mantener su cobertura .....	106
Actúe rápido.....	106
¡Llámenos si necesita ayuda! .....	106
<b>Reincorporación .....</b>	<b>107</b>
<b>Traslado entre las áreas de servicios de WellCare of Kentucky .....</b>	<b>107</b>
<b>Cancelación de inscripción .....</b>	<b>107</b>
Cancelación de inscripción voluntaria.....	107
Cancelación de inscripción involuntaria .....	107
<b>Información importante sobre WellCare of Kentucky .....</b>	<b>109</b>
Estructura del plan/operaciones y forma de pago a nuestros proveedores .....	109
Evaluación de nueva tecnología .....	109
Mejora de calidad y satisfacción del afiliado.....	110
Fraude, desperdicio y abuso .....	110
Informe de fraude, desperdicio y abuso a WellCare of Kentucky.....	111
Informe de fraude, desperdicio y abuso a Kentucky Medicaid.....	111
<b>Ayuda adicional en su comunidad .....</b>	<b>112</b>
Asistencia para problemas que no son de atención médica.....	112
<b>Sus derechos como afiliado.....</b>	<b>113</b>
<b>Sus obligaciones como afiliado .....</b>	<b>115</b>
<b>Responsabilidad de terceros .....</b>	<b>116</b>
<b>Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).....</b>	<b>116</b>
La discriminación es un delito .....	118

# DICCIONARIO DE WELLCARE OF KENTUCKY

Al leer este manual, verá algunas palabras que utilizamos a lo largo del mismo. Esto es lo que queremos decir al usarlas.

## PALABRAS/FRASES

**Directiva anticipada:** Un documento legal, como un testamento vital, que indica a su médico y a su familia cómo quiere ser cuidado en caso de no poder manifestar sus decisiones por sí mismo.

**Apelación:** Una solicitud que usted hace cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de negar, restringir o terminar un servicio. Otra persona también puede solicitar una apelación por usted con su permiso.

**Beneficios:** Cuidado de la salud cubierto por nuestro plan. (Igual que *Servicios*)

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

**Copago:** Es lo que usted paga cuando recibe atención de un proveedor de WellCare of Kentucky.

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

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

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

# DICCIONARIO

## PALABRAS/FRASES

**Doble elegibilidad:** Usted es elegible para Medicare y Medicaid.

**Equipo médico duradero:** Artículos médicos como sillas de ruedas y tanques de oxígeno.

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

**Afección médica de emergencia:** La falta de atención médica cuando una persona sufre una afección médica repentina con síntomas graves (como dolor intenso, trastornos y/o síntomas psiquiátricos y abuso de sustancias) podría:

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

**Transporte médico de emergencia:** Transporte a un proveedor médico por afecciones que deben tratarse lo antes posible.

**Cuidado en la sala de emergencias:** Servicios recibidos en una sala de emergencias.

**Servicios de Emergencia:** Cualquier servicio cubierto para pacientes hospitalizados y ambulatorios de un proveedor que esté calificado para proporcionar servicios y que sea necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.



## PALABRAS/FRASES

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

### **Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos - (EPSDT)**

**Controles de salud:** Exámenes de salud regulares para niños. Son utilizados para hallar y tratar problemas médicos.

**Afiliado:** Usted o alguien que se ha unido a nuestro plan de salud.

**Servicios excluidos:** Servicios no cubiertos por su plan.

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

**Protesta:** Una queja que usted puede hacer cuando no está conforme con nuestro plan, un proveedor o un beneficio/servicio. (Igual que *Queja*)

**Dispositivos y servicios de habilitación:** Servicios y dispositivos que desarrollan, mejoran o mantienen las habilidades y funciones cotidianas.

**Seguro de salud:** Un contrato entre usted y el plan de salud. Usted paga primas a la compañía y cuando necesita atención médica, como acudir a un médico o necesita una receta médica, la compañía paga la totalidad o parte de esa factura.

**Plan de salud:** Un plan como el nuestro que trabaja con proveedores de atención médica y centros para que usted y su familia se mantengan saludables.

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

## DICCIONARIO

### PALABRAS/FRASES

**Cuidado de la salud a domicilio:** Servicios de atención médica brindados en su hogar, como visitas de enfermeros y tratamientos.

**Servicios de cuidados paliativos:** Brinda atención a pacientes con enfermedades terminales que tienen una esperanza de vida de 6 meses o menos, según lo determinen sus médicos.

**Hospitalización:** Cuando se considera médicamente que una persona necesita ser atendida en un hospital. O el acto de admitir a una persona en el hospital.

**Atención ambulatoria del hospital:** Tratamiento médico en el que un paciente no necesita pasar la noche en un hospital.

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

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

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

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

**Lock-In Program:** El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y sus necesidades de cuidado médico.

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

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

## PALABRAS/FRASES

**Plan de atención administrada:** Un plan de salud que trabaja con proveedores y centros para que usted y su familia se mantengan saludables. (Igual que *HMO* y *Managed Care Plan*).

**Servicios médicamente necesarios:** Servicios médicos que usted necesita para mejorarse y mantenerse saludable.

**Dentro de la red:** Proveedores de atención médica que trabajan con una compañía de seguros. Entre los proveedores se encuentran los médicos/dentistas/farmacéuticos y clínicas/hospitales.

**Proveedor no participante:** Término que usamos cuando un proveedor no está contratado por nuestro plan de salud.

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

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

**Proveedor participante:** Un proveedor de atención médica, incluidos médicos, clínicas, hospitales y farmacias, que aceptan trabajar y seguir las reglas establecidas por un plan de salud.

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

**Servicios médicos:** Servicios de atención de la salud que presta un médico. Este médico podría tener un Título de Licenciado (M.D.) o podría ser un Doctor de Medicina Osteopática (D.O.).

**Plan:** Una compañía o su subsidiaria que ofrece cobertura de seguro.

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

## DICCIONARIO

### PALABRAS/FRASES

**Autorización previa:** Cuando necesitamos aprobar cuidados o servicios antes de que usted los reciba. También podría llamarse autorización previa.

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

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

**Medicamento con receta:** Un medicamento para el cual su médico emite una orden.

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

**Médico de Atención Primaria (PCP):** Un médico personal o un enfermero registrado de práctica avanzada (APRN). Dicha persona gestiona todas sus necesidades de atención médica.

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

**Dispositivos y servicios de rehabilitación:** Incluye fisioterapia y terapia ocupacional, audiología y patología del habla y lenguaje. Los servicios se limitan a aquellos que se espera que mejoren en un tiempo razonable.

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

**Servicios:** Atención médica que cubrimos.

## PALABRAS/FRASES

**Atención de enfermería especializada:** Un centro con licencia que brinda atención adecuada a las personas que:

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

**Especialista:** Un médico que ha ido a la facultad de medicina, se ha capacitado y trabaja en un campo específico de la medicina.

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

**Supplemental Security Income (SSI):** Un programa que ayuda a niños, adultos y ancianos.

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

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

**Cuidado urgente:** Cuando necesita atención médica dentro de las 24 horas, pero el problema no causará daños graves a su salud. Puede acudir a un centro de atención urgente cuando su PCP no pueda atenderlo dentro de las 24 horas.

**Women, Infants and Children (WIC):** Un programa de nutrición que funciona para mujeres, bebés y niños.







# NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

WellCare of Kentucky	
Servicio de Atención al Cliente	1-877-389-9457
TTY	711
24-Hour Nurse Advice Line	1-800-919-8807
Servicio de Atención al Cliente de salud conductual	1-855-620-1861
Línea directa para crisis de salud conductual las 24 horas	1-855-661-6973
Vista	1-855-776-9466
Cuidado dental	1-855-806-5641
Informe de fraude, desperdicio y abuso a WellCare of Kentucky – línea directa para informe de fraudes las 24 horas del día	1-866-678-8355
Estado de Kentucky	
Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) de Kentucky:	1-855-306-8959 Fax: 1-502-573-2007
Benefind	En línea en <a href="http://benefind.ky.gov/">benefind.ky.gov/</a> 1-844-407-8398

## NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

<b>Estado de Kentucky (continuación)</b>	
Transporte sin carácter de emergencia de Medicaid, estado de Kentucky	<b>1-888-941-7433</b>
Servicio de Atención al Cliente de Medicaid, estado de Kentucky	<b>1-800-635-2570</b> <b>Para TTY, llame al 711 para hablar con el Servicio de Retransmisión de KY</b>
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS), estado de Kentucky	<b>1-800-635-2570</b>
Para denunciar abuso de niños y adultos	<b>1-800-752-6200</b>
Línea Directa Nacional de Violencia Doméstica	<b>1-800-799-SAFE (7233)</b>
Administración del Seguro Social (SSA)	<b>1-800-772-1213</b>
Oficina del Defensor de Servicios de Medicaid	<b>1-800-372-2973</b> <b>TTY 1-800-627-4702</b>
Oficina del Procurador General de Kentucky de Fraude y Abuso a Medicaid	<b><a href="https://ag.ky.gov/about/branches/OMFA">https://ag.ky.gov/about/branches/OMFA</a></b>
Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Fraude y Abuso	<b>1-800-372-2970</b>
Plan de Seguro de Salud de Kentucky Children (KCHIP)	<b>1-877-524-4718</b> <b>1-800-662-5397 (español)</b>

# RENUEVE SU COBERTURA

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

## Revise su correo

Cuando le corresponda la renovación, el Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) de Kentucky le enviará por correo un recordatorio "Notificación de entrevista de renovación".

## Lo que necesita hacer para mantener su cobertura

- Llamar al DCBS al **1-855-306-8959**. O pasar por la oficina para realizar una entrevista.
- También puede:
  - Ingresar a Benefind en **benefind.ky.gov/**. Puede usar Benefind para verificar si puede ser elegible para recibir beneficios en caso de que:
    - ◊ No esté seguro si califica para los beneficios.
    - ◊ Sea nuevo en el programa de asistencia pública de Kentucky.
    - ◊ Nunca haya recibido beneficios antes. Simplemente, seleccione los beneficios que le gustaría ver si califica y responda preguntas sobre usted y su hogar.
  - Enviar por correo o fax una solicitud impresa a:

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

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

## Actúe rápido

Cuanto antes reciba su documentación, ¡mejor! Si su documentación firmada llegara tarde, es posible que tenga que volver a solicitarla y comenzar el proceso nuevamente.

## ¡Llámenos si necesita ayuda!

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





# **CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS**

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

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

### Verifique su tarjeta de ID y llévela con usted en todo momento

Piense en su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky como la clave para obtener sus beneficios de atención médica. Pronto recibirá su tarjeta de ID por correo postal, si aún no la ha recibido. Si no recibe su tarjeta de ID, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es **1-877-389-9457** (TTY **711**). Le enviaremos otra. Además, puede solicitar una nueva en nuestro sitio web. Ingrese a **[www.wellcare.com/Kentucky](http://www.wellcare.com/Kentucky)**. O puede acceder a su tarjeta de ID o enviarla por correo electrónico a través de la aplicación MyWellCare en su smartphone.

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

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

The diagram shows a sample WellCare ID card with the following fields and labels:

- Su nombre** (Your name) points to the Member name: **Sample A Sample**.
- Su número de ID de WellCare of Kentucky** (Your WellCare of Kentucky ID number) points to the Member ID: **1234567**.
- La fecha de inicio de su membresía en WellCare of Kentucky** (The start date of your membership in WellCare of Kentucky) points to the Effective Date: **1/1/2020**.
- Nuestro sitio web** (Our website) points to the website: **www.wellcare.com/Kentucky**.
- Cómo comunicarse con nosotros** (How to communicate with us) points to the Customer Service number: **1-877-389-9457 / TTY: 711**.
- Su ID de Kentucky Medicaid** (Your Kentucky Medicaid ID) points to the Medicaid #: **98765432**.
- Información que su PCP y otros proveedores necesitan para facturar correctamente sus cuidados/servicios** (Information that your PCP and other providers need to bill correctly for your care/services) points to the PCP information: **Phy Sample**, **RxBIN: 004336**, **RxPCN: MCAIDADV**, and **RxGRP: RX8893**.
- Información de contacto de su PCP** (PCP contact information) points to the PCP Phone: **1-555-123-9876**.

The card also includes the following information:

- Plan Name:** Global Choices
- Date of Birth:** 06/27/1978
- Medical Claims:** WellCare Health Plans PO Box 31224 Tampa, FL 33631-3224
- For emergencies, call 911 or go to the nearest ER. Contact your primary care provider (PCP) as soon as possible.**



## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Recuerde conservar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky con usted en todo momento. Deberá mostrarla siempre que reciba atención. Contiene información importante sobre su plan de salud. Cuando muestra su tarjeta de ID, puede evitar que el proveedor le facture.



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

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

Si pierde su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky o si se la roban, llámenos. También puede ingresar a nuestro sitio web para obtener una nueva o acceder a esta mediante la aplicación MyWellCare en su smartphone. Si encuentra su tarjeta de identificación de WellCare of Kentucky después de haber solicitado una nueva, destruya la tarjeta de ID anterior porque ya no será válida.

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

### Conozca a su proveedor de cuidado primario (PCP)

Su PCP es su socio en la atención médica. Lo ayudará a coordinar toda su atención médica y de salud conductual. Esto incluye:

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

### ¿Qué es una "visita médica de control"? Es su primera visita a su PCP.

Alentamos a todos los nuevos afiliados que visiten a su PCP dentro de los 90 días (3 meses) después de inscribirse, incluso si no están enfermos. De este modo su PCP podrá conocer sus necesidades de salud y crear un plan de cuidado para usted.

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Asegúrese de recibir sus registros médicos de los médicos que haya consultado anteriormente. Esto será muy útil para su PCP. Si necesita ayuda para concertar su primera visita con el PCP u obtener sus registros, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Nos complacerá ayudarlo.

**Los PCP de nuestra red están capacitados en especialidades como:**

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

Los afiliados pueden elegir un proveedor capacitado como un Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (APRN) como PCP.

Las mujeres pueden elegir un especialista de salud para la mujer como PCP para el cuidado preventivo y de rutina.

También hay ocasiones en las que un especialista puede ser su PCP, si:

- Usted tiene una enfermedad crónica y una larga relación con el especialista que lo trata
- Su especialista y nuestro director médico acuerdan por escrito que esto lo ayudará

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

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

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

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

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Al elegir su nuevo PCP, recuerde lo siguiente:

- Nuestros proveedores tienen en cuenta las necesidades de muchas culturas
- Tenemos proveedores que hablan su idioma y comprenden sus tradiciones y costumbres
- Podemos informarle sobre los estudios académicos, residencia y calificaciones de un proveedor
- Puede elegir al mismo PCP para toda su familia o uno diferente para cada miembro de la familia (dependiendo de las necesidades de cada miembro de la familia)

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

**1. Nuestro Directorio de Proveedores impreso:**

- Le enviamos uno por correo postal con este manual
- Enumera a los proveedores por condado y especialidad

**2. Herramienta Find a Provider:**

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

**3. Llámenos:**

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

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

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

**Es posible que no tenga que seleccionar un PCP si:**

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

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

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

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

### Envíenos su cuestionario para afiliados nuevos

Debió haber recibido un cuestionario para afiliados nuevos con este manual. (Si no lo hizo, llámenos y le enviaremos otra). Usted debe completarlo en su totalidad. Luego envíela de vuelta en el sobre con franqueo pagado que le proporcionamos. Sus respuestas pueden ayudarnos a estar seguros de que usted recibe el cuidado correcto.

Entonces ya sabe:

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

### Recuerde usar nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

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

Puede obtener ayuda con problemas como:

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

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

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



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

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Recuerde, siempre habrá un enfermero para ayudarlo. Considere llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería antes de llamar a su médico o ir al hospital. Pero si considera que es una verdadera emergencia médica, llame al **911** primero o vaya a la sala de emergencias más cercana.

### En caso de una emergencia...

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

#### Para una emergencia de salud conductual:

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

### Cómo contactarse con nosotros

Llámenos, si tiene preguntas. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

#### Llámenos en cualquier momento que necesite ayuda para:

- Actualizar su información de contacto, como su dirección de correo postal y número de teléfono
- Obtener una nueva tarjeta de ID de WellCare of Kentucky
- Buscar y elegir a un proveedor
- Concertar una cita con un proveedor
- Presentar una queja o una apelación

Si usted habla un idioma diferente o necesita información en Braille, en letra grande o audio, no se preocupe. Tenemos servicios de traducción y formatos alternativos (como lenguaje de señas). Incluso podemos coordinar para contar con un traductor o intérprete de lenguaje de señas en sus citas. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Este servicio es sin cargo.

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

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



Número sin cargo del Servicio  
de Atención al Cliente:  
**1-877-389-9457 (TTY 711)**  
de lunes a viernes,  
de 7 a.m. a 7 p.m.,  
hora del este

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

### Nuestro sitio web

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

- Su manual para afiliados
- La búsqueda de un proveedor con la herramienta de búsqueda *Find a Provider*
- Sus derechos y obligaciones como afiliado
- Boletines de noticias para afiliados

En nuestro sitio web usted también puede:

- Encontrar un medicamento con el uso de nuestra herramienta *Drug Search*
- Cambiar su dirección, su número de teléfono y su PCP
- Solicitar sus artículos de venta libre (OTC) (para obtener más detalles, remítase a la tabla de *Programas y beneficios adicionales de Wellcare of Kentucky* en este manual)
- Solicitar sus materiales para afiliados, como su tarjeta de ID, el manual para afiliados y el directorio de proveedores
- Acceder a su programa Healthy Rewards

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

Llame al DCBS sin cargo al **1-855-306-8959**

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



Nuestro sitio web:  
[www.wellcare.com/Kentucky](http://www.wellcare.com/Kentucky)

### Conozca sus derechos y responsabilidades

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



## Conserve este manual

Encontrará información muy valiosa en este manual. Este manual informa sobre:

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

Si pierde su manual, llámenos. Le enviaremos uno nuevo por correo electrónico si acepta recibir nuestra información por correo electrónico. También puede encontrar el manual en nuestro sitio web.

## Elegibilidad e inscripción en WellCare of Kentucky

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

## ASEGÚRESE DE QUE TENGAMOS SU DIRECCIÓN CORRECTA

Todos los Afiliados de Medicaid **deben tener una dirección válida en los archivos del Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) de Kentucky. Esto ayuda a asegurar que puedan mantener su cobertura de salud.** Actualice su dirección con la agencia estatal correcta si se ha mudado o no ha actualizado su dirección con el estado. Las actualizaciones de direcciones deben ser realizadas por usted o su representante autorizado, alguien que usted elija para actuar en su nombre, como un familiar u otra persona de confianza:

- Llame al DCBS al **1-855-306-8959** o visite una oficina local
- O actualice sus datos en línea en Benefind en **[benefind.ky.gov/](http://benefind.ky.gov/)**
- Llame a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213** o visite una oficina local

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

- Se muda
- Cambia la composición de su familia, por ejemplo, se casa o divorcia, tiene un bebé o adopta un niño, o sufre la muerte de su cónyuge o hijo
- Consigue un nuevo empleo o cambia su ingreso

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

- Recibe seguro médico de otra compañía
- Queda embarazada

Para actualizar cambios significativos:

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



# **SU PLAN DE SALUD**

**SU PLAN DE SALUD**

## PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN

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

Aprobamos el cuidado que es médicamente necesario o clínicamente apropiado.

### Médicamente necesario

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

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

### Clínicamente apropiados

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

## Cómo concertar y conseguir sus citas médicas

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

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

Tipo de proveedor	TODAS LAS ÁREAS	
	Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona URBANA dentro:	Tiempo de viaje/distancia si usted vive en una zona RURAL dentro:
PCP	30 minutos o 30 millas	45 minutos o 45 millas
Hospitales	30 minutos	
Proveedores de salud conductual	60 minutos	
Farmacias	60 minutos	
Proveedores de servicios para la vista, laboratorio o radiología	60 minutos	
Proveedores de servicios dentales	60 minutos	

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

La cantidad de tiempo que debe esperar para una cita depende del tipo de cuidado que necesite.

## SU PLAN DE SALUD

Esta tabla muestra los horarios para cada tipo de cuidado. Tenga en cuenta estos plazos al concertar sus citas.

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
<b>Asistencia médica</b>	Emergencia	De inmediato (dentro y fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas, los 7 días de la semana (no se exige autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 48 horas (2 días) desde su solicitud
	PCP por enfermedad pediátrica	Dentro de las 24 horas (1 día) de su solicitud
	Visitas de rutina/bienestar al PCP	30 días desde su solicitud
	Visita a un especialista	30 días desde su solicitud
	Cuidado de seguimiento después de una internación hospitalaria	Según sea necesario
<b>Cuidado dental</b>	Urgente	Dentro de las 48 horas (2 días)
	Visita de rutina	3 semanas desde la solicitud
<b>Salud conductual y abuso de sustancias</b>	Emergencia	De inmediato (dentro y fuera de nuestra área de servicios), las 24 horas, los 7 días de la semana (no se exige autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 48 horas (2 días) desde su solicitud
	Visita de rutina	30 días desde su solicitud

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

Exchanges

Medicaid

Both Medicaid and Exchanges

No hay copagos para:

- www.wellcare.com/Kentucky • 35  
Page 35 of 124

## SU PLAN DE SALUD

Los afiliados de WellCare of Kentucky tienen copagos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios y por los servicios de proveedores. Los importes de los copagos son de \$3 por médico, \$4 por paciente ambulatorio y \$50 por paciente internado. (No se aplica a las visitas médicas de control preventivas anuales y a los exámenes de detección –excepto servicios dentales para adultos, etc.). Sin embargo, si acude a la sala de emergencias y no se trata de una verdadera emergencia, usted será responsable de un copago que no es de emergencia.

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

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



## SERVICIOS CUBIERTOS POR WELLCARE OF KENTUCKY

A continuación, ofrecemos una lista de los servicios que cubrimos y los copagos que se pueden aplicar.

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

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

Beneficios/Servicios	Importe del copago	Descripción/más información
Servicios para alergias	\$0	• Cubre adultos y niños
Centros quirúrgicos ambulatorios	\$4	• Por visita • No cubre cirugía estética (excepto cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía)
Trastornos del Espectro Autista	\$0	• Hasta los 21 años
Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal (Papanicolaou, exámenes pélvicos)	\$0	• Por examen de detección • 1 por año, a menos que se requieran más y según lo ordenado por el proveedor
Quimioterapia	\$0	

## SU PLAN DE SALUD

Beneficios/Servicios	Importe del copago	Descripción/más información
<b>Cuidado quiropráctico (se pueden aplicar restricciones)</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• 26 visitas por período de 12 meses</li> </ul>
<b>Comisión para niños con necesidades especiales de atención médica</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se limita a los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad de la Comisión de Kentucky para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica.</li> </ul>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Copago de \$3 para adultos</p> <p>Copago de \$0 por servicios preventivos para niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Servicios preventivos</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• 1 examen oral cada 12 meses</li> <li>• 2 exámenes orales para afiliados menores de 21 si se realizan con una limpieza</li> <li>• 1 limpieza cada 12 meses para afiliados de 21 años en adelante</li> <li>• 2 limpiezas cada 12 meses para afiliados menores de 21 años</li> <li>• 1 serie de radiografías cada 12 meses</li> <li>• Extracciones y empastes</li> <li>• Cirugía maxilofacial</li> <li>• Servicios de ortodoncia y prostodoncia</li> </ul>
<b>Enfermedad renal en etapa final con diálisis (ESRD)</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Servicios y procedimientos que promueven y mantienen el funcionamiento de los riñones y los órganos relacionados</li> </ul>
<b>Equipo médico duradero</b>	\$4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por artículo</li> </ul>

**SU PLAN DE SALUD**

<b>Beneficios/Servicios</b>	<b>Importe del copago</b>	<b>Descripción/más información</b>
<b>Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) – controles de salud para niños menores de 21 años</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen neonatal (inmediatamente después del nacimiento del bebé)</li> <li>• 1 examen a 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses</li> <li>• 1 examen cada año para niños de 3 a 20 años</li> </ul>
<b>Sala de emergencias</b>	\$0 \$8 sin carácter de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por cada visita de emergencia</li> <li>• Por cada visita sin carácter de emergencia</li> </ul>
<b>Ambulancia de emergencia y transporte aéreo</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por servicio</li> <li>• Soporte vital básico (BLS)</li> <li>• Servicios de ambulancia para soporte vital avanzado (ALS)</li> </ul>
<b>Planificación familiar</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Afiliadas mujeres en edad fértil</li> <li>• Se provee a través de visitas al médico de rutina o clínicas de planificación familiar</li> </ul>
<b>Servicios Primeros Pasos</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios están disponibles para los niños desde su nacimiento hasta los 2 años, niños que tienen retraso del desarrollo o condiciones físicas o mentales diagnosticadas, asociadas con el retraso del desarrollo.</li> </ul>
<b>Servicios de audición para menores de 21 años</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 evaluación de audición completa por año calendario</li> </ul>
<b>Examen de detección de VIH</b>	\$0	<p><b>Por examen de detección se incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres embarazadas</li> <li>• Aquellas con mayor riesgo de infección</li> <li>• Cualquier persona que solicite la prueba</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Beneficios/Servicios	Importe del copago	Descripción/más información
<b>Servicios de atención médica a domicilio</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• 20 visitas por año calendario</li> <li>• Los límites se pueden "exceder" en caso de ser médicamente necesario</li> </ul> <b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería especializada</li> <li>• Auxiliar de atención médica a domicilio</li> <li>• Terapia física, del habla y ocupacional</li> </ul> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: estos servicios están cubiertos para un máximo de 20 visitas por año calendario</p>
<b>Cuidados paliativos</b>	\$0	
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>	\$50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por admisión</li> </ul>
<b>Servicios médicos/quirúrgicos para pacientes hospitalizados</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cubre cirugía estética (excepto cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía)</li> </ul>
<b>Servicios para salud mental/abuso de sustancias para pacientes internados</b>	\$50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por admisión</li> </ul>
<b>Inmunizaciones</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por inmunización</li> </ul> <b>Incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos y niños</li> <li>• Gripe</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Hepatitis B</li> </ul>

**SU PLAN DE SALUD**

<b>Beneficios/Servicios</b>	<b>Importe del copago</b>	<b>Descripción/más información</b>
<b>Servicios de diagnóstico de laboratorio y radiología (por médico o laboratorio)</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Por servicio</li> </ul>
<b>Servicios de maternidad</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> </ul>
<b>Comidas y alojamiento</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para acompañantes apropiados que le ayuden a recibir servicios médicos cubiertos</li> </ul>
<b>Servicios de ambulancia con camilla sin carácter de emergencia</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando otros medios de transporte podrían poner en riesgo su salud</li> </ul>
<b>Servicios en centro de enfermería</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Incluye servicios médicos</li> </ul>
<b>Asesoramiento nutricional</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por sesión</li> </ul>
<b>Ecografía OB</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 cada 9 meses, a menos que el proveedor ordene más (planificación familiar)</li> </ul>
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	\$4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• No cubre cirugía estética (excepto cirugía reconstructiva posterior a la mastectomía)</li> </ul>
<b>Servicios para salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> </ul>
<b>Atención prenatal y postnatal</b>	\$0	

## SU PLAN DE SALUD

Beneficios/Servicios	Importe del copago	Descripción/más información
<b>Medicamentos con receta (para afiliados que NO tienen Medicare) (se pueden aplicar excepciones/restricciones)**</b>	\$4 por medicamentos de marca \$1 por medicamentos genéricos \$1 por medicamentos de marca preferidos a los genéricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetas ilimitadas por mes</li> </ul>
<b>Servicios de médicos (PCP, especialistas, asistentes médicos, profesionales de enfermería, enfermeras parteras)</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Especialistas</li> <li>– Asistentes médicos</li> <li>– Profesionales de enfermería</li> <li>– Enfermeras parteras</li> <li>– Visitas al consultorio</li> <li>– Consulta y cuidado médico y quirúrgico</li> <li>– Diagnóstico y tratamiento</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios de podología</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• No está cubierto el cuidado rutinario del pie, excepto por ciertas afecciones que requieren supervisión profesional</li> </ul>
<b>Cuidado preventivo</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de bienestar</li> </ul>
<b>Enfermería privada</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se permiten 2.000 horas por año (solo para pacientes ambulatorios)</li> </ul>

**SU PLAN DE SALUD**

<b>Beneficios/Servicios</b>	<b>Importe del copago</b>	<b>Descripción/más información</b>
<b>Dispositivos ortopédicos y prótesis</b>	\$4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por artículo</li> </ul>
<b>Centros de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) (niños de 6 a 21 años)</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren servicios médicamente necesarios para residentes de 6 a 21 años que requieran cuidado intensivo y un ambiente más estructurado que el que puedan recibir con su familia y en otras alternativas a la hospitalización basadas en la comunidad.</li> </ul>
<b>Radioterapia</b>	\$0	
<b>Clínica de salud rural (RHC), centros de salud con calificación federal (FQHC) y centro de cuidado primario (PCC)</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> </ul>
<b>Segunda opinión</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> </ul>
<b>Clínicas de servicios especializados para niños</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Se cubren exámenes médicos por abuso sexual si son médicamente necesarios y el afiliado es menor de 18 años</li> </ul>
<b>Servicios enfocados en la administración de la atención</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por servicio</li> <li>• Servicios de salud conductual que incluyen un mínimo de 4 sesiones en 1 mes, y lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 contacto personal</li> <li>-1 contacto personal con uno de los padres, un familiar, tutor u otra persona que tenga la custodia o supervisión del afiliado</li> <li>-2 contactos adicionales que pueden ser por teléfono o en persona</li> </ul> </li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Beneficios/Servicios	Importe del copago	Descripción/más información
<b>Telehealth</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por servicio               <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de teléfonos y otras tecnologías para proporcionar acceso a servicios de salud a distancia</li> <li>- Debe usar un proveedor dentro de la red de Telehealth de Kentucky</li> </ul> </li> </ul>
<b>Terapia – física (PT), del habla (ST), ocupacional (OT)</b>	PT – \$3 ST – \$3 OT – \$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita; hasta 20 visitas por año calendario</li> <li>• No hay copago para niños</li> </ul>
<b>Servicios para dejar de fumar</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita (médica)</li> </ul>
<b>Servicios de trasplantes</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por servicio</li> </ul>
<b>Centros de cuidado urgente</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Se cubre el tratamiento urgente o de emergencia si el consultorio del PCP no está abierto o no es posible comunicarse con él</li> </ul>
<b>Visión (adultos de 21 años en adelante)</b>	\$3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen por año</li> <li>• 1 par de anteojos cada 24 meses</li> </ul>
<b>Visión (niños menores de 21 años)</b>	\$0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 examen ocular por año calendario</li> <li>• Límite de 1 par de anteojos por año, o un segundo par si el primero se rompe o la receta sufre cambios</li> </ul>



**\*\*Las recetas en estas clases están sujetas a excepciones o exenciones de las normas de marca/genéricas:**

- Anticonceptivos para la planificación familiar: \$0
- Servicios para dejar de fumar: \$0
- Suministros para diabéticos:
  - Medidores de glucosa en sangre: \$0
  - Todos los demás suministros para diabéticos cubiertos: \$4 por el primer abastecimiento; \$0 por el segundo abastecimiento y demás

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

- **Primeros Pasos:** un programa que ayuda a los niños con discapacidades del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años y sus familias ofreciendo servicios a través de agencias comunitarias. Llame al **1-877-417-8377** o **1-877-41-STEPS** para obtener más información.
- **HANDS (Servicios de Fomento y Desarrollo del Acceso a la Salud):** este es un programa voluntario de visitas al hogar para nuevos y futuros padres. Comuníquese con su departamento de salud local para obtener información y conocer los recursos.
- **Servicios para niños en edad escolar:** estos servicios son para niños de 3 a 21 años de edad, que son elegibles bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y tienen un Plan de Educación Individual (IEP). Estos servicios incluyen terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y servicios de salud conductual (mental). Llame al **1-502-564-9444** para obtener más información.

## Recepción de servicios no cubiertos

Usted puede recibir un servicio que no esté cubierto por WellCare of Kentucky o Kentucky Medicaid, pero deberá pagarlo por su cuenta. Sugerimos que hable con su proveedor y ambos lleguen a un acuerdo por escrito. Usted no perderá sus beneficios de Medicaid si no puede pagar un servicio cubierto.

La tabla anterior enumera los servicios cubiertos y los copagos. Si no está seguro acerca de si el plan de salud paga o no un servicio, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

## SU PLAN DE SALUD

# SERVICIOS NO CUBIERTOS POR WELLCARE OF KENTUCKY

- Cualquier servicio de laboratorio realizado por un centro o proveedor individual sin certificación vigente proveniente de la Enmienda sobre Mejoras de Laboratorios Clínicos (CLIA)
- Procedimientos cosméticos o servicios realizados exclusivamente para mejorar la apariencia
- Histerectomía realizada exclusivamente para prevenir embarazos
- Tratamiento médico o quirúrgico para infertilidad (por ejemplo, reversión de esterilización, fertilización in vitro, etc.)
- Servicios para el aborto inducido y aborto natural que van en contra de las leyes federales, y las leyes y los fallos judiciales de Kentucky
- Prueba de paternidad
- Servicios personales o artículos de comodidad
- Servicios post mortem
- Servicios o medicamentos en investigación o de carácter experimental
- Servicios para cambio de sexo
- Esterilización de un afiliado mentalmente incapacitado o internado
- Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos, a menos que sean aprobados por el Secretario del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia de Kentucky
- Servicios o suministros superiores a lo que está permitido por las leyes federales o estatales, los fallos judiciales y el programa de Kentucky Medicaid
- Servicios por los que no se requiere que un afiliado pague y por los que ninguna otra persona tiene responsabilidad legal de pagar

# BENEFICIOS ADICIONALES DE WELLCARE OF KENTUCKY

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

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
<b>Cuidado de la visión para adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los adultos (mayores de 21 años) reciben 1 par de anteojos cada 24 meses</li> </ul>
<b>Boy Scouts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía anual <b>GRATIS</b> para afiliados de 5 a 18 años que se unan a los Boy Scouts. Incluye el cargo para el seguro de salud y seguro por accidentes</li> <li>• <b>\$25.00 para uniformes</b></li> </ul>
<b>Administración de atención médica y enfermedades</b>	<p>Programas que lo ayudan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecciones de salud especiales</li> <li>• Tratamiento de enfermedades</li> <li>• Obtenga más información sobre estos programas más adelante en este manual</li> </ul>
<b>Eliminación de antecedentes penales (solo certificación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrirá \$40.00 para la tarifa de certificación asociada con la eliminación de antecedentes penales (según lo permitido por el estatuto).</li> </ul>
<b>Programa Early Start</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas que les brindan a usted y a su bebé un comienzo saludable:</li> <li>• Folleto educativo, guías de cuidado y asesoramiento sobre maternidad <b>GRATIS</b>, como consejos para ayudarla a mantenerse saludable durante el embarazo.</li> <li>• Asesoramiento sobre salud <b>GRATIS</b> las 24 horas, los 7 días de la semana cuando llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería.</li> <li>• Text4Baby®: servicio <b>GRATIS</b> que ofrece consejos de salud durante el embarazo y el primer año de vida de su bebé.</li> </ul>
<b>Examen de aptitud física deportiva gratis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Examen de aptitud física:</b> un examen de aptitud física por año, proporcionado por un PCP para niños de 6 a 18 años</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
<b>Girl Scouts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía anual <b>GRATIS</b> para afiliados de 5 a 18 años que se unan a las Girl Scouts.</li> <li>• <b>\$25.00 para uniformes</b></li> </ul>
<b>Programa de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pañales y tarjetas de regalo <b>GRATIS</b> a través del Programa Healthy Rewards</li> <li>• Hasta \$50 por asistir a todas las visitas médicas requeridas a través del Programa Healthy Rewards</li> </ul>
<b>Programa Healthy Rewards</b>	<p>Gane recompensas por tomar medidas que lo ayuden a tener una vida saludable como completar determinados controles de salud como las visitas médicas de rutina de su hijo. Las recompensas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de débito Visa® prepagada <b>SIN CARGO</b></li> <li>• Tarjetas de regalo para tiendas al por menor seleccionadas</li> <li>• <b>Pañales GRATIS</b></li> </ul>
<b>Línea de Asistencia de Conexiones de la Comunidad de Kentucky (CCHL)</b>	<p><b>Línea GRATUITA de Asistencia de Conexiones de la Comunidad de Kentucky (CCHL)</b> para conectarlo con servicios comunitarios como asistencia con servicios públicos, bancos de alimentos y transporte en su comunidad. Consulte la página 112 para obtener más información sobre cómo obtener ayuda con problemas que no se relacionen con la atención médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1-866-775-2192 (TTY: 711)</b></li> </ul>
<b>Meals Program</b>	<p><b>Programa de alimentos</b> para afiliados dados de alta de un hospital para pacientes internados, salud conductual, un centro de rehabilitación o de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las entregas de comidas deben comenzar dentro de los 14 días del alta</li> <li>• 10 comidas por autorización</li> <li>• Sin límite anual asumiendo que el afiliado es elegible después del alta de una internación</li> </ul>

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
Artículos de venta libre	<p>Obtenga hasta \$10 en productos cada mes, lo que equivale a \$120 por año. Usted puede elegir entre más de 150 artículos que incluyen pañales, anteojos de lectura, analgésicos, vitaminas, jabón para manos, lociones y demás</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los artículos se envían directamente a su casa</li> <li>• Tenemos tres formas fáciles para hacer pedidos</li> <li>• Llámenos sin cargo al <b>1-877-389-9457</b> (TTY <b>711</b>) y hable con algún afiliado de nuestro equipo <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llame a este mismo número y utilice nuestro servicio automatizado</li> </ul> </li> <li>• Visite nuestro sitio web <b>www.wellcare.com/Kentucky</b> e inicie sesión en nuestro portal para afiliados</li> </ul>
Teléfono celular de SafeLink	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los afiliados pueden recibir un teléfono celular <b>GRATIS</b> a través de SafeLink. El teléfono incluye 1000 minutos mensuales, 1 GB de datos y mensajes de texto ilimitados.</li> </ul>
Programas de descuento XtraSavings	<p>Los afiliados pueden obtener descuentos con los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programas de descuento CVS™:</b> Obtenga un ahorro del 20 % en los artículos relacionados con la salud de la marca CVS. Recibirá su tarjeta de descuento de CVS por correo postal. Utilícela para comprar en una tienda CVS o en línea en <b>CVS.com</b>.</li> <li>• <b>Programa OTC4ME:</b> Obtenga descuentos en más de 500 artículos de venta libre que utiliza todos los días de nuestro proveedor de OTC. Ahorre en vitaminas, pasta dentífrica y mucho más. Disfrute de un 20 % de descuento en su primer pedido. Luego obtenga un 10 % de descuento en cada pedido. El envío es gratis para pedidos de \$25 o más.</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
MÁS beneficios y programas	<p><b>Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentra disponible sin cargo para usted.</li> <li>• Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana, todos los días del año.</li> <li>• El número de teléfono sin cargo es <b>1-800-919-8807 (TTY 711)</b></li> </ul>
	<p><b>Programa Steps2Success:</b> WellCare of Kentucky desea ayudar a los afiliados a tomar medidas para alcanzar sus metas laborales, financieras y/o educativas con éxito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacitación:</b> Capacitación laboral y clases de educación financiera <b>GRATIS</b>.</li> <li>• <b>Becas de lectura:</b> Becas de lecturas <b>GRATIS</b> para afiliados calificados desde preescolar hasta quinto grado que quieran mejorar sus habilidades de lectura.</li> <li>• <b>Examen General Educational Development® (GED):</b> Entendemos la importancia de la educación, razón por la cual ofrecemos este programa. Usted puede presentar el examen GED® <b>GRATIS</b> si tiene 16 años de edad o más y no posee un diploma de la escuela secundaria.</li> <li>• <b>Visite nuestro sitio web para:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leer las preguntas frecuentes (FAQ)</li> <li>- Obtener el formulario de inscripción</li> <li>- Encontrar ayuda para prepararse para el examen</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Vacunas GRATIS contra la gripe*</b></p>

Programas y beneficios adicionales de WellCare of Kentucky	
<b>MÁS beneficios y programas (continuación)</b>	<b>Planificación familiar*:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos para el control de natalidad</li> <li>• Pruebas de embarazo</li> <li>• Esterilización</li> <li>• Aborto médicamente necesario</li> <li>• Exámenes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Infecciones de transmisión sexual</li> <li>– Cáncer de mama y pélvicos</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Asesoramiento y pruebas de VIH*</b>
	Boletines de noticias para afiliados enviados a su domicilio con información sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizaciones y detalles sobre beneficios</li> <li>• Servicios nuevos</li> <li>• Eventos en su comunidad</li> <li>• Educación sobre aptitud física y salud</li> </ul>
	<b>Sitio web sobre salud y bienestar</b> que brinda consejos para ayudar a que usted y sus seres queridos se mantengan saludables
	<b>Una amplia selección de proveedores</b> que le brinda a usted y a su familia acceso a proveedores de cuidado primario (PCP), especialistas, hospitales y farmacias
	<b>Línea GRATIS para crisis las 24 horas</b> para ayudarlo con asuntos relacionados con abuso de drogas y alcohol y salud conductual
	<b>Acceso a todos los medicamentos con receta médicamente necesarios*</b>

## SU PLAN DE SALUD

### Programa Healthy Rewards

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

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
<b>Nuevos afiliados</b>	Visita inicial al PCP	Visita inicial al PCP dentro de los 90 días de la inscripción	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Información del afiliado</b>	Información actualizada del afiliado	Los afiliados pueden obtener una recompensa anual por mantener la información actualizada: - Número de teléfono - Dirección - Dirección de correo electrónico	\$10 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Salud infantil</b>	De 0 a 15 meses	Visitas de rutina del niño según el calendario de exámenes periódicos (6 visitas)	\$10 por visita para un total de \$60 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
	2-21 años	Realización de una visita anual de rutina para niños o adolescentes.	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Embarazo saludable</b>	Visitas de atención prenatal	Las mujeres afiliadas deben realizar una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción (12 años en adelante)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
	Finalización de las visitas prenatales	Las mujeres afiliadas que realicen una visita prenatal tendrán la opción de recibir una de las opciones de recompensa enumeradas.	Posibilidad de elegir un cochecito, un corral de juegos portátil, un asiento de automóvil o seis (6) paquetes de pañales
	Visitas de atención posparto	Asistir a 1 visita de atención posparto entre los 7 y 84 días después del nacimiento del bebé (12 años en adelante).	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo



**SU PLAN DE SALUD**

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
<b>Administración de cuidados crónicos</b>	Diabetes	Hacerse un examen ocular anual (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
		Hacerse una prueba de laboratorio para HbA1C (afiliados que padezcan diabetes de 18 a 75 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
		Control de presión arterial (de 18 a 75 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Atención de rutina para la mujer</b>	Prueba de detección del cáncer cervical	Realizar una visita al consultorio para realizarse un examen de detección de cáncer cervical (examen de Papanicolaou) (de 21 a 64 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
	Mamografía de diagnóstico	Realizarse una mamografía de diagnóstico anual (de 50 a 74 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
	Detección de clamidia	Realizarse un examen de detección anual (de 16 a 24 años)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Salud para adultos</b>	Examen de diagnóstico anual de salud para adultos	Realizarse un examen de diagnóstico anual para adultos (visita de bienestar para afiliados de 20 años en adelante)	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Cuidado dental</b>	Visita dental preventiva	Visita dental preventiva para todos los afiliados de WellCare of Kentucky de 2 a 20 años	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo

## SU PLAN DE SALUD

Programa	Tipo de visita	Qué hacer	Qué puede obtener
<b>Servicios para dejar de fumar</b>	Asesoramiento para dejar de fumar	Los afiliados elegibles aceptan recibir y revisar herramientas y recursos educativos para dejar de fumar.	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo
<b>Salud del comportamiento</b>	Seguimiento de 7 días	Acuda a un proveedor de salud conductual dentro de 7 días después de una hospitalización de salud conductual (afiliados mayores de 6 años de edad).	\$25 en una tarjeta de débito prepagada o una tarjeta de regalo

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

\*Para recibir estos servicios, no necesita una remisión de su PCP. Deberá elegir un proveedor de la red para asegurarse de que los servicios y medicamentos estén cubiertos por el plan. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. O visítenos en línea en **[www.wellcare.com/Kentucky](http://www.wellcare.com/Kentucky)**.

# CÓMO RECIBIR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Cuando necesite cuidado regular, llame a su PCP. Lo enviará a ver a un especialista para los servicios cubiertos que él no ofrece.

Si su PCP no brinda un servicio aprobado, pregúntele cómo puede recibirlo.

## Cómo entender las remisiones y autorizaciones previas

### Remisiones:

Usted puede consultar a cualquier médico de nuestra red, sin una remisión. Esto incluye especialistas. Sin embargo, algunos médicos pueden solicitarle la remisión de su PCP. Seguiremos cubriendo los servicios médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de la red sin una remisión. Usted puede ser remitido a otro proveedor si:

- Su PCP no proporciona el cuidado o servicio que usted necesita
- Usted necesita ver a un especialista

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

- Pruebas diagnósticas de rutina
- Pruebas de laboratorio
- Servicios de radiología básicos
- Ciertos cuidados de rutina proporcionados en un consultorio médico (no en un hospital)

### Derivaciones para servicios no cubiertos por WellCare of Kentucky

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

### Autorizaciones previas (PA)

A veces, es posible que su PCP u otro proveedor tenga que solicitarnos que aprobemos un cuidado antes de que usted reciba el servicio. Esto se denomina "autorización previa" (o PA, para abreviar). Su PCP o proveedor se comunicará con nosotros para solicitar esta aprobación.

## SU PLAN DE SALUD

Para los siguientes tipos de servicios se requiere aprobación:

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

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

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

"Guía práctica" previa a la autorización		
Tipo de solicitud	Plazo de la decisión	Quién puede solicitarla
<b>Estándar</b> (para atención que no sea de emergencia)	2 días hábiles*	Su proveedor
<b>Acelerada/rápida</b> (para cuidado urgente)	2 días hábiles**	Su proveedor

\*En ocasiones es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión estándar. Esto puede deberse a que necesitamos más información y esto es en su beneficio. De ser así, nos tomará un máximo de 14 días hábiles adicionales.

\*\*Es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión rápida. De ser así, nos tomará un máximo de 48 horas adicionales.

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

## Servicios disponibles sin autorización

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

- Acceso directo a los especialistas en salud de la mujer dentro de la red para los servicios preventivos y de rutina de cuidado de la salud
- Cuidado de emergencia y cuidado urgente
- Planificación familiar (cualquier proveedor del plan de salud)
- Visitas de rutina para niños de 20 años o menores
- Cuidado de la visión de rutina
- Una visita médica por año para la mujer a un proveedor de OB/GYN dentro de la red
- Servicios posteriores a la estabilización
- Visitas a su PCP

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

## Gestión de Utilización (UM)

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

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

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

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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

### Segunda opinión médica

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

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

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

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

### Cuidado fuera del horario de atención

¿Qué sucede si se enferma o se lesiona cuando el consultorio de su PCP está cerrado?

Si no es una emergencia, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1-800-919-8807**. O puede llamar a su PCP. El número está en su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky.

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

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

## Atención urgente

Podría necesitar cuidado urgente para un problema de salud que no es una emergencia, pero que necesita tratamiento dentro de las 48 horas. Esto es distinto de las visitas médicas de rutina. Podría tratarse de:

- Una lesión
- Enfermedad
- Dolor intenso

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

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

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

## Atención de emergencia

Una emergencia médica es cuando su salud está en grave peligro. La situación es una emergencia cuando la afección puede causar:

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

Si está embarazada, puede ser una emergencia si cree:

- Que no hay tiempo para ir al hospital regular de su médico
- Que ha comenzado el trabajo de parto



## SU PLAN DE SALUD

Estos son algunos ejemplos de emergencia:

- Una fractura o una herida que requiere puntos
- Ataque cardíaco o dolor de pecho intenso
- Falta de aire grave
- Envenenamiento
- Pérdida abundante de sangre
- Pérdida de consciencia

Si no está seguro de que se trata de una emergencia, llame a su PCP o a nuestra línea de asesoramiento de enfermería al **1-800-919-8807**. En una emergencia, usted puede:

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

La elección es suya. No necesita una PA para el cuidado de emergencia suministrado en un centro de cuidado urgente o en una ER.

Cuando llegue a la ER muestre su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky. También, solicite al personal que nos llame. El proveedor de la ER decidirá si su visita es realmente una emergencia. Si su condición no es una emergencia, puede optar por quedarse, pero posiblemente deba pagar un copago. (Consulte la sección *Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky* para los importes de copagos).

### Cuidado de emergencia fuera del área

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

Cuando llegue al hospital, recuerde:

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

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



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

## Atención posterior a la estabilización

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

## Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

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

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



**iWellCare of Kentucky puede ayudarme a hacer las citas médicas de mi bebé!**  
**1-877-389-9457 (TTY 711)**

### Lista de "cosas para hacer" para su bebé

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

### Programa de Gestión de Atención Prenatal de WellCare BabySteps

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



Le enviaremos más detalles acerca de esto con el folleto *Mommy and Baby Matters, Taking Care of Yourself and Your Baby* (Asuntos de la mamá y el bebé, cuidar de sí misma y de su bebé). Manténgase alerta.

**Las mamás embarazadas también tienen acceso a text4baby.** Este servicio gratuito ofrece consejos de salud durante el embarazo y el primer año de vida de su bebé. Todo lo que debe hacer es enviar un mensaje de texto con la palabra **BABY** al **511411**. Recibirá mensajes **GRATIS** en su teléfono celular. Ellos pueden ayudarla a lo largo de su embarazo y durante el primer año del bebé.

Como parte del programa, le enviaremos una copia de *Mommy and Baby Matters, Taking Care of Yourself and Your Baby* (Asuntos de la mamá y el bebé, cuidar de sí misma y de su bebé). Este folleto le ofrece consejos útiles para cuidar de sí misma y de su bebé antes y después del parto.

### Pautas de cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Visite a su médico apenas sepa que está embarazada. Su médico podrá averiguar si usted está en riesgo de tener su bebé antes de tiempo.\* Visitar a su médico de manera temprana y frecuente le ofrece una posibilidad mejor de tener un bebé saludable.\*\*

Fuentes:

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

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

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

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

## SU PLAN DE SALUD

### Qué esperar durante las visitas de cuidado del embarazo con su proveedor

<b>En la primera visita</b>	Le preguntará sobre sus otros embarazos o enfermedades
	Le preguntará sobre la salud y las enfermedades de su madre, su padre y abuelos
	Le preguntará si se inscribió en WIC
	Revisará sus oídos, nariz y garganta
	Escuchará su corazón, pulmones y abdomen
	Revisará sus tobillos para constatar si están hinchados
	Le pedirá que se recueste para hacer un examen interno y un examen de Papanicolaou
	Extraerá sangre para hacer algunos exámenes
	Le aplicará las vacunas que aún no haya recibido
	Hará una ecografía para escuchar la frecuencia cardíaca del bebé y observar los movimientos del bebé
	Hablará con usted sobre pruebas adicionales, según sea necesario
	Le dirá qué comer y beber, y qué hacer para tener un embarazo saludable
<b>En la visita anterior al nacimiento del bebé</b>	Le hablará acerca de lo que su cuerpo hará cuando esté por llegar el bebé
	Le comentará lo que se siente al tener un bebé
	Le hablará sobre su trabajo y salir de viaje
	Le preguntará cómo se sienten usted y su familia acerca del futuro bebé

### Qué esperar durante las visitas de cuidado del embarazo con su proveedor

<b>En la primera visita posterior al nacimiento del bebé</b>	Medirá su peso y presión arterial
	La revisará y le hará un examen de Papanicolaou para asegurarse de que esté recuperándose adecuadamente
	Le preguntará si está alimentándose correctamente y tomando sus vitaminas
	Le preguntará si camina, se estira y se agacha
	Le preguntará cómo se sienten usted y su familia respecto del bebé
	Le hablará sobre futuros bebés y planificación familiar

#### Fuentes:

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

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

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

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

#### Algunos recordatorios:

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

## SU PLAN DE SALUD

### Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

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

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

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

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

### Servicios dentales

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

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

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

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

### Servicios de salud conductual

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

- Sensación de tristeza continua
- Sensación de estar alterado
- Problemas de drogas o alcohol

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



Número sin cargo de la  
línea para crisis de salud  
conductual las 24 horas:  
**1-855-661-6973**

## Línea para crisis de salud conductual las 24 horas

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

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

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

**En una emergencia de salud conductual, usted puede:**

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

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

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

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

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



## SU PLAN DE SALUD

### Limitaciones y exclusiones de la salud conductual

No cubriremos servicios que no sean médicamente necesarios.

### Medicamentos con receta

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

O llámenos, y lo ayudaremos a encontrar una farmacia cercana a usted.

**Mantenga sus copagos bajos con medicamentos genéricos.**  
**Pueden costar menos y actuar del mismo modo que los medicamentos de marca.**  
**Solicite a su proveedor o farmacéutico una opción de medicamento genérico, si se encuentra disponible.**

En la farmacia, deberá mostrar su tarjeta de ID de WellCare of Kentucky para retirar su medicamento con receta. Posiblemente, también deba pagar un copago. Consulte la sección *Servicios cubiertos por WellCare of Kentucky* para obtener más detalles sobre los copagos.

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

### Lista de medicamentos preferidos

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

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

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

Para los medicamentos que requieren aprobación (y los que no están incluidos en nuestra PDL), su proveedor deberá enviarnos una Solicitud de determinación de cobertura (CDR).

En algunos casos, podemos exigirle que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que se pidió primero. No podemos aprobar el medicamento que solicitó primero si antes no prueba el otro medicamento.



**Hay medicamentos que no cubrimos. Estos incluyen:**

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

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

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

**Otros medicamentos que puede obtener en la farmacia**

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

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

## SU PLAN DE SALUD

### Limitación de farmacia

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

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

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

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

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

### Telehealth

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

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

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

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

- Reducir el tiempo de viaje a una cita con el proveedor
- Disminuir la cantidad de días laborales perdidos



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

- Reducir los costos físicos y financieros de los problemas de salud que no fueron tratados

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

## **Aplicación para móvil MyWellCare**

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

**La aplicación MyWellCare en su smartphone o tableta le permite:**

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

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

¿No está registrado? ¡Es fácil!

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

- Acepte el Acuerdo
- Aparecerán varios íconos
  - Haga clic en cualquier "Ícono" para acceder a "Member login Screen" (Pantalla de inicio de sesión de afiliados)
- Haga clic en "Not Registered" (No registrado) en la parte inferior
- Complete la Inscripción

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

## **Administración del cuidado**

Sabemos que usted puede tener necesidades de cuidado especiales. Para ayudarlo con estas necesidades, contamos con programas de administración del cuidado y enfermedades.

El objetivo de estos programas es ayudarlo a saber cómo cuidarse y mantener una buena salud.

## SU PLAN DE SALUD

**Puede calificar para servicios de administración de cuidado si:**

- Tiene enfermedades complejas que requieren la coordinación de muchos servicios
- Tiene niños con necesidades de cuidado de salud especiales
- Le hicieron o le harán un trasplante
- Tiene un embarazo de alto riesgo
- Tiene enfermedades crónicas
- Tiene necesidades de cuidado de la salud conductual de alto riesgo
- Experimentó abuso doméstico
- Es responsable de una persona en guarda temporal o custodia de adulto
- Tiene necesidades especiales de cuidado de la salud
- Asma
- Enfermedad coronaria (CAD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Depresión
- Diabetes
- Presión arterial alta

**Mientras forme parte del programa, trabajará con un administrador de cuidados. El cual lo ayudará a coordinar sus necesidades de cuidado. Para hacer esto, dicha persona:**

- Posiblemente, le haga preguntas para obtener más información sobre su afección
- Trabajarán con su PCP a fin de hacer los arreglos para los servicios que usted necesite y ayudarlo a comprender su enfermedad
- Le brindarán información para ayudarlo a entender cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales

**Podemos comunicarnos con usted para hablar sobre la administración del cuidado si:**

- Usted consulta sobre este programa
- Su PCP considera que el programa lo ayudaría
- Pensamos que usted puede calificar para estos servicios

También tenemos instructores de salud disponibles para ayudarlo a:

- Dejar de fumar
- Controlar el peso

Para obtener más información sobre estos programas gratuitos, o para inscribirse, llámenos. Número de teléfono sin cargo **1-866-635-7045** (TTY **711**).

## Coordinadores del servicio

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

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

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

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

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

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

## Cuidado a largo plazo

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

## SU PLAN DE SALUD

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

- Centros de enfermería especializada
- Limpieza del hogar
- Actividades

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

### Transporte para servicios médicos sin carácter de emergencia

Se ofrece transporte para servicios médicos sin carácter de emergencia si usted no puede obtener transporte gratis a donde tiene un servicio cubierto. Medicaid de Kentucky brinda traslados. Se ofrece por medio del programa Human Service Transportation Delivery (HSTD) (Entrega de Servicio de Transporte para Seres Humanos).

El tipo de transporte que usted puede obtener depende de sus necesidades médicas.

Los servicios de transporte pueden proporcionarse en:

- Autobús
- Taxi
- Transporte público
- Furgoneta

Llame al 1-888-941-7433 para:

- Obtener una lista de proveedores de servicios de transporte en su condado
- Obtener más información acerca de este servicio
- Programar un traslado

También puede encontrar esta información en el sitio web. Ingrese a

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/dpo/bpb/Pages/transportation.aspx>

### Transición del cuidado

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

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

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

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

**SU PLAN DE SALUD**

# PLANIFICACIÓN DE SU CUIDADO

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

## Salud preventiva

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

Para ayudarlo a estar informado de los controles que debe hacerse, podemos llamarlo o enviarle una carta. Lo hacemos a modo de recordatorio. Téngalo en cuenta si usted recibe una llamada o una carta sobre su vacuna anual contra la gripe o si su hijo no recibe un control médico. Esta es una de las maneras en que lo ayudamos a usted y a su familia a mantenerse saludables.

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

## Servicios de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) – Controles de salud

Contamos con servicios de control de salud para el bienestar de los niños. Se denomina Programa de Exámenes, Diagnósticos y Tratamientos Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT). Ofrece el cuidado necesario a los afiliados desde el nacimiento hasta los 21 años. El cuidado de EPSDT puede incluir servicios como:

- Antecedentes completos y examen físico
- Evaluación de la salud conductual y mental
- Tabla de crecimiento y desarrollo
- Evaluación de la visión, la audición y el lenguaje
- Salud y educación nutricional
- Evaluación y análisis de riesgo de plomo en sangre, según corresponda
- Vacunas apropiadas para la edad
- Examen diagnóstico dental y remisión a un dentista
- Remisión a especialistas y tratamiento, según corresponda

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



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

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

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

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

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

<b>Edad</b>	<b>Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden</b>
<b>Recién Nacido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé* al nacer</li> <li>• Examen de diagnóstico de audición</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido</li> <li>• Dosis 1 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB)</li> </ul>
<b>3-5 días</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta visita es especialmente importante si su bebé fue enviado a su hogar dentro de las 48 horas de haber nacido</li> <li>• Control rutinario del bebé según sea recomendado por el médico</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido (si no se realizó al nacer)</li> <li>• Dosis 1 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB), si no la recibió al nacer</li> </ul>
<b>1 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó</li> <li>• Vacunas: Dosis 2 de 2 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB), si aún no la recibió</li> <li>• Examen de detección de TB</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>2 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó</li> <li>• Vacunas: rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP); haemophilus influenzae tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV)</li> </ul>
<b>4 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó</li> <li>• Vacunas: rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP); haemophilus influenzae tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV)</li> <li>• Examen de detección de hemoglobina (Hgb)</li> </ul>
<b>6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dosis 3 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>– Rotavirus (RV); difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP); antineumocócica conjugada (PCV); y poliovirus inactivado (IPV)</li> <li>– Comenzar con la vacuna anual contra la gripe (otoño o invierno)</li> </ul> </li> <li>• Examen de detección de TB, examen de diagnóstico de salud oral y evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> </ul>
<b>9 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó; incluye hemoglobina y hematocrito</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dosis 3 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>– Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>– Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> </ul> </li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> </ul>

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>12 meses (1 año)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido, si aún no se realizó; se incluye hemoglobina o hematocrito, si no se realizó en la visita a los 9 meses.</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis 3 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Haemophilus influenzae tipo b (Hib); antineumocócica conjugada (PCV); varicela (VAR); sarampión, paperas y rubéola (MMR); y hepatitis A (HepA)</li> <li>- Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> </ul> </li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**</li> </ul>
<b>15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis 3 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 4 de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP) (se recomienda entre los 15 y 18 meses)</li> <li>- Vacunas contra haemophilus influenzae tipo B (Hib); antineumocócica conjugada (PCV)</li> <li>- Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 2 de la vacuna contra la hepatitis A (HepA) (se recomienda entre los 12 y 23 meses)</li> <li>- Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> </ul> </li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis 3 de la vacuna contra la hepatitis B (HepB) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 4 de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 15 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 3 de la vacuna de poliovirus inactivado (IPV) (si aún no la recibió; se recomienda entre los 6 y 18 meses)</li> <li>- Dosis 2 de la vacuna contra la hepatitis A (HepA) (debe administrarse 6 meses después de la dosis 1; se recomienda entre los 12 y 23 meses)</li> <li>- Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> </ul> </li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo y salud oral, como también evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**</li> </ul>
<b>24 meses (2 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del bebé</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia) como también evaluación de riesgo de plomo en sangre</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**</li> </ul>
<b>30 meses (2½ años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario de niño*</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia)</li> <li>• Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses)</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año</li> </ul>

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario de niño*</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral y colesterol (dislipidemia)</li> <li>• Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses)</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año</li> </ul>
<b>De 4 a 5 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacunas               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dosis 5 de la vacuna DTaP</li> <li>– Dosis 4 de la vacuna IPV</li> <li>– Dosis 2 de la vacuna MMR</li> <li>– Dosis 2 de la vacuna VAR</li> </ul> </li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo, autismo, salud oral, audición, visión (entre los 4 y 5 años) y colesterol (dislipidemia) (si no se realizó a los 3 años)</li> <li>• Evaluación de riesgo de plomo en sangre (si no se realizó entre los 12 y 24 meses)</li> <li>• Visita dental cuando el médico del niño identifique la necesidad**; puede ser hasta dos veces al año</li> <li>• Análisis de orina a los 5 años</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>De 6 a 20 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Visita dental dos veces al año</li> <li>• Exámenes de detección de TB, salud del desarrollo</li> <li>• Pruebas de audición a los 6, 8 y 10 años</li> <li>• Examen de diagnóstico de la visión a los 6, 8, 10 y 12 años; deben hacerse exámenes de seguimiento a los 15 y 18 años</li> <li>• Examen de detección de colesterol (dislipidemia) a los 6, 8 y 10 años; luego anualmente</li> <li>• Examen de glucosa en sangre a partir de los 10 años y luego continuar cada tres años cuando el paciente está en riesgo (ver más abajo)</li> <li>• Evaluación de riesgo de plomo en sangre (a los 6 años)</li> </ul>
<b>De 11 a 12 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Exámenes de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años</li> <li>• Dosis 1 de la vacuna conjugada contra el meningococo (MCV)</li> <li>• Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP)</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Visita dental dos veces al año</li> <li>• Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda</li> <li>• Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas***</li> </ul>

Edad	Exámenes de diagnóstico/inmunizaciones (vacunas) y cuándo corresponden
<b>De 13 a 14 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Visita dental dos veces al año</li> <li>• Análisis de hemoglobina</li> <li>• Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda</li> </ul>
<b>De 13 a 17 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Refuerzo de MCV4 (a los 16 años); Tdap, si no la recibió previamente</li> <li>• Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) a la edad mínima de 9 años</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Visita dental dos veces al año</li> <li>• Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda</li> <li>• Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas a partir de los 16 años***</li> </ul>
<b>De 18 a 20 años (hasta los 21 años)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control rutinario del niño cada año</li> <li>• Vacunas de actualización, según sea necesario</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, si aún no la recibió</li> <li>• Visita dental dos veces al año</li> <li>• Examen de detección de STI para las personas sexualmente activas, según corresponda</li> <li>• Examen de detección de displasia de cuello uterino para mujeres sexualmente activas***</li> </ul>

## SU PLAN DE SALUD

### NOTAS:

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

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

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

### Para niños con asma:

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

### Para niños con diabetes:

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

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

Si su hijo tiene diabetes y no ha visitado a su médico en los últimos tres meses, llame y programe una cita. Esto ayudará a su hijo a mantenerse saludable y a evitar más problemas de salud derivados de la diabetes. Las pautas nacionales recomiendan a todos los pacientes diabéticos ser examinados cada tres meses y realizar las siguientes pruebas:

- La prueba de **promedio de azúcar en sangre** debe realizarse al menos una vez al año. El nivel de hemoglobina A1C (HbA1c) de una persona debe ser inferior al 7 %.



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

#### Referencias:

Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, y oral treatment for infants, children and adolescents. Sitio web American Academy of Pediatric Dentistry. [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_periodicity.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_periodicity.pdf). Publicada en 2013. Accedida el 31 de julio de 2017.

American Diabetes Association. (2013). Executive summary: standards of medical care in diabetes – 2013. Diabetes Care, 36(Supp. 1), S4–S10. [http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S5](http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S5). Accedida el 31 de julio de 2017.

Harlor, A., & Bower, C. (2009). Committee on Practice and Ambulatory Medicine, y Section on Otolaryngology (Head and Neck Surgery): hearing assessment in infants and children – recommendations beyond neonatal screening. Pediatrics, 124, 1252–1263. doi:10.1542/peds.2009–1997.

Dental caries in children from birth through age 5 years: screening. U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/dental-caries-in-children-from-birth-through-age-5-years-screening>. Publicada en mayo de 2014. Accedida el 31 de julio de 2017.

Tobacco smoking cessation in children and adolescents: primary care interventions. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions>. Publicada en 2013 (actualización 2016 en progreso). Accedida el 31 de julio de 2017.

Vision in children ages 6 months to 5 years: screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>. Publicada en 2011 (actualización 2017 en progreso). Accedida el 31 de julio de 2017.

Visual Impairment in Children Ages 1-5: Screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/visual-impairment-in-children-ages-1-5-screening>. Publicada en 2011. Accedida el 31 de julio de 2017.

Bright Futures/American Academy of Pediatrics recommendations for preventive pediatric health care. American Academy of Pediatrics website. [https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity\\_schedule.pdf](https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf). Publicada en febrero 2017. Accedida el 31 de julio de 2017.

## SU PLAN DE SALUD

Recommended eye examination frequency for pediatric patients and adults. American Optometric Association website. <https://www.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/comprehensive-eye-and-vision-examination/recommended-examination-frequency-for-pediatric-patients-and-adults?sso=y>. Publicada en 2015. Accedida el 31 de julio de 2017.

Catch-up immunization schedule, United States, 2017. Centers for Disease Control and Prevention website. Publicada en 2017. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf#page=3>. Accedida el 31 de julio de 2017.

Recommended immunization schedule for children and adolescents aged 18 years or younger, United States, 2017. Centers for Disease Control and Prevention website. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>. Publicada en 2017. Accedida el 31 de julio de 2017.

### Examen de salud anual de la mujer

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

**Durante este examen anual, su proveedor hará lo siguiente:**

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

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

### Pautas preventivas para la salud de los adultos

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

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

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

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
<b>Adolescentes de 18 años en adelante Adultos de 21 años en adelante</b>	Presión arterial, altura, índice de masa corporal (BMI), consumo de alcohol	Anualmente, de 18 a 21 años; después de los 21 años, cada 1 a 2 años o según la recomendación de su PCP
<b>Adultos de 21 años en adelante, especialmente si son de alto riesgo</b>	Colesterol	Cada 5 años (Con mayor frecuencia si está elevado)
<b>Mujeres de 21 años en adelante</b>	Examen de Papanicolaou y clamidia, empezando a los 16 años	Cada 1 a 3 años o según la recomendación de su PCP
<b>Mujeres de 40 años en adelante</b>	Mamografía	Cada 1 a 2 años
<b>A partir de los 50 años</b>	Prueba de detección de cáncer colorrectal	Periódicamente, según el examen
	Examen de diagnóstico de audición	Periódicamente
<b>Mujeres mayores de 65 años, o mayores de 60 años en riesgo</b>	Osteoporosis (densitometría ósea)	Cada 2 años o según la recomendación de su PCP
<b>65 años en adelante, o más jóvenes si tienen diabetes u otros factores de riesgo</b>	Examen de la visión, incluido examen de detección de glaucoma o examen de retina diabética, según sea necesario	Cada dos años para exámenes de rutina o anualmente, si el paciente es diabético o tiene otros factores de riesgo

## SU PLAN DE SALUD

Inmunizaciones	
<b>Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Td/Tdap)</b>	A partir de los 18 años de edad, Tdap: reemplazar 1 dosis única de Tdap por Td y luego reforzar con Td cada 10 años
<b>Varicela (VZV)</b>	Todos los adultos sin evidencia de inmunidad a la varicela deben recibir 2 dosis de la vacuna contra la varicela de antígeno simple si no se vacunaron antes, o la segunda dosis si recibieron solo 1 dosis
<b>Sarampión, paperas, rubéola (MMR)</b>	Los adultos nacidos durante o después de 1957 deben recibir de 1 a 2 dosis
<b>Antineumocócica polisacárida (PPSV)</b>	A partir de los 65 años de edad, todos los adultos fumadores o con ciertas afecciones médicas crónicas, 1 dosis; pueden necesitar una segunda dosis si se identifica que están en riesgo
<b>Gripe estacional</b>	Todos los adultos una vez al año
<b>Vacuna contra la Hepatitis A (HepA)</b>	Todas las personas no vacunadas que prevén un contacto cercano con una persona adoptada en el extranjero o aquellas personas con determinadas conductas de alto riesgo
<b>Vacuna contra la hepatitis B (HepB)</b>	Los adultos en riesgo, a partir de los 18 años – 3 dosis
<b>Vacuna conjugada contra el Meningococo (MCV)</b>	Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias estudiantiles que no se hayan vacunado previamente con MCV y otras personas en riesgo, a partir de los 18 años de edad, 1 dosis. Se prefiere la vacuna antimeningocócica polisacárida para los adultos ≥56 años
<b>Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV)**</b>	*Para afiliados elegibles hasta los 26 años de edad (serie de tres dosis)
<b>Zóster</b>	A partir de los 60 años de edad – 1 dosis
<b>Haemophilus influenza tipo b (Hib)</b>	Para afiliados elegibles con alto riesgo y que no hayan recibido previamente la vacuna contra Hib (1 dosis)

## Prevención

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

## Asesoramiento:

- **Ingesta de calcio:** 1.000 mg/día (mujeres de 18 a 50 años), 1.200 a 1.500 mg/día (mujeres mayores de 50 años)
- **Ácido fólico:** 0,4 mg/día (mujeres en edad fértil); las mujeres que han tenido hijos con anomalías del tubo neural (NTD) deben tomar 4 mg/día
- **Temas varios:** abandono del hábito tabáquico, uso de drogas/alcohol, STD/HIV, nutrición, lactancia (para mujeres embarazadas), actividad física, exposición al sol, salud oral, prevención de lesiones, listas de medicamentos y seguridad cuando se toman varios medicamentos, y directivas anticipadas

## Referencias:

Colorectal cancer screening. American College of Gastroenterology Website. Publicada en 2009.

<https://gi.org/guideline/colorectal-cancer-screening/>. Accedida el 31 de julio de 2017.

Colorectal cancer: screening. U.S. Preventative Services Task Force website.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/colorectal-cancer-screening2>. Publicada en 2016. Accedida el 31 de julio de 2017.

Hepatitis B virus infection: screening. U.S. Preventive Services Task Force Website.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014>. Publicada en 2014. Accedida el 31 de julio de 2017.

Hepatitis B in pregnant women: screening. U.S. Preventive Services Task Force website.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hepatitis-b-in-pregnant-women-screening>. Publicada en 2009. Accedida el 31 de julio de 2017.

Hepatitis C: screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hepatitis-c-screening>. Publicada en 2013. Accedida el 31 de julio de 2017.

Hoja informativa de CDC Hepatitis C – proposed expansion of testing recommendations, 2012.

Centers for Disease Control and Prevention website. <https://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/hcv-testingfactsheetnoembargo508.pdf>. Publicada en 2012. Accedida el 31 de julio de 2017.

## SU PLAN DE SALUD

Recommended adult immunization schedule for adults aged 19 years or older – United States, 2016. Centers for Disease Control and Prevention website. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html>. Publicada en 2017. Accedida el 31 de julio de 2017.

Press release CDC's advisory committee recommends human papillomavirus virus vaccination. Retrieved from Centers for Disease Control and Prevention website. <https://www.cdc.gov/media/pressrel/r060629.htm>. Publicada el 29 de junio de 2006. Accedida el 31 de julio de 2017.

Breast cancer screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening1>. Publicada en enero de 2016. Accedida el 31 de julio de 2017.

Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Ya-Chen TS, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA*. 2015;314(15):1599-1614. doi:10.1001/jama.2015.12783.

ACOG statement on breast cancer screening guidelines. American Congress of Obstetricians and Gynecologists website. <http://www.acog.org>. Publicada en enero de 2016. Accedida el 31 de julio de 2017.

Cervical cancer: screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening>. Publicada en mayo de 2012 (actualización 2016 pendiente). Accedida el 31 de julio de 2017.

Third report of the expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). National Heart Lung and Blood Institute website. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/cholesterol-guidelines/final-report>. Publicada en 2002. Accedida el 31 de julio de 2017.

Osteoporosis: screening. U.S. Preventive Services Task Force website. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/osteoporosis-screening1?ds=1&s=osteo>. Publicada en 2011 (revisión 2017 en progreso). Accedida el 31 de julio de 2017.

Practice bulletin no. 129: osteoporosis. American College of Obstetricians and Gynecologists website. <http://www.acog.org>. Publicada en 2012. Accedida el 31 de julio de 2017.

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

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



## Directivas anticipadas

Muchas personas hoy se preocupan por el cuidado médico que recibirían si contraen una enfermedad demasiado grave para poder informar sus deseos. Algunas personas no desean pasar meses o años con soporte vital. Otras tal vez deseen que se tomen todas las medidas adecuadas para alargar la vida.

Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si no desea cierto tipo de cuidado, tiene derecho a informar a su médico que no lo desea. Para esto, debe completar una directiva anticipada. Este es un documento legal que informa a los demás el tipo de cuidado que desearía recibir si no pudiera comunicarse por sí solo.

**En Kentucky, hay un tipo específico de directiva anticipada. Se llama directiva de testamento vital de Kentucky. Tiene dos partes:**

- Parte 1: elige una persona para que tome decisiones por usted respecto de los cuidados de su salud física y conductual (poder legal duradero para el cuidado de la salud).
- Parte 2: da a conocer sus deseos respecto de interrumpir o continuar con el soporte vital, y aceptar o rechazar nutrición y/o hidratación (testamento vital).

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

**Recuerde...**  
**La decisión es suya.**

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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



# PROCEDIMIENTOS DE PROTESTAS PARA AFILIADOS

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

Existen dos maneras de manejarlas. Estas son las siguientes:

1. Protestas (o quejas)
2. Apelaciones

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

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

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

Trataremos con mayor detalle el tema de las protestas y apelaciones más adelante en este manual. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Nuestro número de teléfono sin cargo es **1-877-389-9457** (TTY **711**). Nos complace ayudarlo si usted habla otro idioma o necesita esta información en un formato diferente (como letra de imprenta grande o audio).

## Protestas

Podrá presentar una protesta para informarnos que no está conforme con nuestro plan, un proveedor o un beneficio/servicio. Los ejemplos de las cuestiones que podrían derivar en una protesta incluyen:

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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

Pasos del proceso de protesta	
<b>1</b> Cómo contactarse con nosotros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al <b>1-877-389-9457</b> (TTY <b>711</b>) para informarnos de su inquietud: trataremos de solucionarla por teléfono (especialmente si se debe a que necesitamos más información).</li> <li>• También puede enviarnos su protesta por correo:  <b>WellCare of Kentucky</b>  <b>Attn: Appeals and Grievance Department</b>  <b>P.O. Box 436000</b>  <b>Louisville, KY 40253</b> </li> </ul>
<b>2</b> Primera notificación que usted recibe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su protesta para informarle que la recibimos y que estamos investigando sus inquietudes</li> <li>• Si podemos resolver el problema dentro de estos cinco días, la carta contendrá nuestra decisión</li> </ul>
<b>3</b> Segunda notificación que usted recibe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no tomamos una decisión dentro de los cinco días hábiles, lo haremos dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su protesta</li> <li>• Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su protesta</li> <li>• Puede solicitar hasta 14 días calendario adicionales para proporcionarnos más información</li> <li>• También podemos solicitar 14 días calendario adicionales para tomar una decisión, si consideramos que necesitamos más información, y esto es en su beneficio</li> </ul>

## Apelaciones

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

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

Cuando se tome alguna de estas acciones, usted recibirá una carta de parte nuestra. Se llama "Notificación de determinación adversa de beneficios" o NABD. Esta le informará cómo y por qué tomamos dicha decisión. Usted puede presentar una apelación si no está conforme con nuestra decisión. Solo tiene un nivel de apelación con el Plan.

Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la recepción de la notificación de determinación adversa de beneficios. Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Para hacerlo por teléfono, llame al **1-877-389-9457** (TTY **711**). Si lo hace por teléfono, luego debe presentar una solicitud escrita y firmada. (Asegúrese de hacerlo dentro de los 10 días calendario de haber llamado para presentar su apelación). Las apelaciones aceleradas que se reciban por teléfono no requieren solicitud escrita y firmada.

### Envíe sus solicitudes de apelación por escrito aquí

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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

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

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

En el caso de las apelaciones estándar, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud de apelación. En ella se le informa que hemos recibido su apelación. Si podemos tomar una decisión dentro de cinco días hábiles, le enviaremos la carta con nuestra resolución final. Si no podemos tomar una decisión dentro de los cinco días hábiles, le informaremos dentro de 30 días calendario. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

### Solicitudes de apelación acelerada

En ocasiones usted o su proveedor desearán que nosotros tomemos una decisión más rápida respecto de su apelación. Esto puede deberse a que usted o su proveedor consideran que esperar 30 días calendario puede perjudicar gravemente su salud. De ser así, puede solicitar una apelación acelerada.

Para solicitar una apelación acelerada, usted o su proveedor deben llamarnos o enviarnos un fax. Llámenos al **1-877-389-9457 (TTY 711)**. O envíenos un fax a los números que aparecen en la última sección.

Si su apelación acelerada se presentó por teléfono, no es necesario realizar una notificación por escrito.

Deberá solicitar a su proveedor que informe que usted necesita una apelación acelerada. Para una apelación acelerada existe un período limitado para que usted o su proveedor envíen la información. Si usted solicita una apelación acelerada sin el respaldo de su proveedor, nosotros decidiremos si esta es fundamental para su salud.

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

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

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

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

**Usted, su representante autorizado o proveedor pueden revisar la información utilizada para tomar la decisión sobre su apelación. Esto incluye:**

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

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

## Información adicional

Usted o su representante autorizado puede brindarnos más información si considera que será de utilidad para su apelación (regular o acelerada). Puede realizarlo por escrito o personalmente. Puede hacerlo en cualquier momento durante el proceso de la apelación. Tendrá un tiempo limitado para presentar información adicional en el caso de una apelación acelerada.

También puede solicitar hasta 14 días calendario adicionales para proporcionarnos más información. Nosotros también podemos solicitar 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. (Esto se denomina "extensión"). Lo haremos si consideramos que necesitamos más información, y esto es en su beneficio. Le llamaremos para informarle sobre la extensión y le proporcionaremos una notificación por escrito del motivo de la demora dentro de los dos días hábiles de la decisión de extender el plazo. También le informaremos que tiene derecho a presentar una protesta si no acepta que el plan requiere tiempo adicional.

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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

### Proceso de audiencia imparcial del estado

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, tiene otra opción. Puede solicitar por escrito una audiencia imparcial del estado (audiencia, para abreviar). Antes de que pueda pedir una audiencia, usted deberá completar nuestro proceso de apelación. También puede solicitar una audiencia imparcial del estado si no tomamos una decisión sobre la apelación dentro del plazo.

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

Un funcionario de audiencias del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia de Kentucky decidirá si tomamos la decisión correcta. Usted o alguien que usted autorice por escrito puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Esto se debe hacer dentro de los 120 días de la fecha de la carta de la resolución final de la apelación.

**Si usted solicita una audiencia, la solicitud deberá:**

- Ser por escrito y especificar el motivo
- Incluir su nombre, dirección y número de teléfono
- Indicar la fecha del servicio o el tipo de servicio rechazado
- Incluir el nombre de su proveedor

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



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

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

También puede solicitar que se realice la audiencia por teléfono.

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

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado a la siguiente dirección:



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

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

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

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

## SU PLAN DE SALUD

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

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

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

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

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



## OFICINA DEL DEFENSOR

La Oficina del Defensor es parte del Gabinete para los Servicios de Salud y Familia. Esta oficina actúa como defensor del pueblo de Kentucky. Trabaja para garantizar que las personas que reciben servicios públicos sean tratadas de manera justa. Usted puede comunicarse con la oficina:



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



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



Por correo postal: **The Office of the Ombudsman**  
**Cabinet for Health and Family Services**  
**275 E. Main St. 1E-B**  
**Frankfort, KY 40621**





# INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

# SU MEMBRESÍA EN WELLCARE OF KENTUCKY

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

## Inscripción

Para inscribirse o renovar su membresía en WellCare of Kentucky:

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

Estos son algunos de los documentos que puede necesitar:

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

## Aniversario de inscripción

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

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

- Una decisión administrativa sobre una apelación
- Cláusulas dentro de una norma o ley administrativa
- Una resolución judicial
- Mudanza fuera de nuestra área de servicios
- Razones morales o religiosas
- Cuidados de calidad deficiente
- No poder recibir servicios cubiertos por nuestro plan de salud

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL AFILIADO

- No poder visitar a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica
- No poder visitar a enfermeras parteras certificadas, enfermeros pediátricos especializados y enfermeros de familia especializados, si están disponibles en el área donde usted vive
- No poder consultar a especialistas en el cuidado de la salud de la mujer para los exámenes de detección de cáncer de mama, el examen de Papanicolaou y los exámenes pélvicos

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

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

### Recuerde renovar su elegibilidad

Para conservar todos los excelentes beneficios que usted tiene con WellCare, deberá recertificarse en Medicaid todos los años. Puede hacerlo mediante renovación pasiva o activa.

### Nuevas opciones de renovación de Medicaid

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

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

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

### Revise su correo

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

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

### Lo que necesita hacer para mantener su cobertura

- Llamar al DCBS al **1-855-306-8959**. O pasar por la oficina para realizar una entrevista.  
O ingresar a Benefind en **benefind.ky.gov/**
- También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente del DMS al **1-855-446-1245**  
o **1-800-635-2570**
- O llamar a la Administración del Seguro Social (SSA) al **1-800-772-1213**

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

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

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

### Actúe rápido

Cuanto antes reciba su documentación, ¡mejor! Si su documentación firmada se envía tarde, es posible que tenga que volver a solicitarla y comenzar el proceso nuevamente.

### ¡Llámenos si necesita ayuda!

¿Tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad? Si necesita ayuda, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente al **1-877-389-9457** (TTY 711).

Es importante que nos informe a nosotros y al DCBS cuando se muda.  
De esa manera, su formulario de revisión de Medicaid es enviado a la dirección correcta.

Asegúrese de completar este formulario. Y hágalo rápido.  
Si no lo hace, sus beneficios de WellCare of Kentucky podrían caducar.

Llámenos si tiene preguntas acerca de la renovación de su elegibilidad para Medicaid. O puede llamar a su especialista de Medicaid Managed Care al **1-855-306-8959**.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL AFILIADO

### Reincorporación

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

### Traslado entre las regiones de servicios de WellCare of Kentucky

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

### Cancelación de inscripción

#### Cancelación de inscripción voluntaria

Durante sus primeros 90 días en el plan, puede solicitar la cancelación de su membresía en WellCare of Kentucky y cambiar a otro plan de salud. Puede hacerlo sin motivo alguno. Esto significa que no necesita una causa justificada para cancelar la inscripción. Llámenos al **1-877-389-9457** (TTY **711**).

Dejar WellCare of Kentucky y cambiarse a otro plan de salud no afectará su situación en Medicaid. En su lugar, obtendrá los beneficios de Medicaid de un nuevo plan de salud.

Incluso puede presentar una protesta o una apelación aunque haya dejado nuestro plan.

#### Cancelación de inscripción involuntaria

Usted puede perder su membresía en WellCare of Kentucky si:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid
- Se muda y no actualiza su dirección en el DCBS
- Abandona voluntariamente nuestro plan de salud
- Muere
- Va a prisión
- Se convierte en elegible para Medicare
- Comete fraude o abuso de sus servicios de cuidado de la salud
- Elige otro plan de salud durante su período de cambio de plan en el aniversario de inscripción y la membresía en nuestro plan de salud no tiene límite (por parte del estado).
- Ingresa en un programa de exención
- Entra en un centro de enfermería de cuidados a largo plazo por más de 30 días

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

Usted no puede ser excluido de nuestro plan por las siguientes razones:

- Problemas médicos que tenía antes de convertirse en nuestro afiliado
- Falta de cumplimiento de sus citas médicas
- Un cambio en su salud
- La cantidad de servicios médicos que utiliza
- Capacidad mental disminuida
- Comportamiento poco colaborador o inapropiado debido a sus necesidades especiales (excepto cuando su membresía en nuestro plan de salud nos impide brindarle servicios a usted o a otros afiliados)



# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE WELLCARE OF KENTUCKY

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llámenos y se la responderemos.

## Evaluación de nueva tecnología

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

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

Revisamos las siguientes áreas:

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

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

### Mejora de la calidad y satisfacción de los afiliados

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

**¿Desea conocer nuestras calificaciones de calidad? Llámenos. También puede preguntar sobre el grado de satisfacción de los afiliados con nuestro plan. Además, puede hacernos comentarios o sugerencias sobre:**

- Cómo nos estamos desempeñando
- Cómo podemos mejorar nuestros servicios

### Fraude, desperdicio y abusos

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

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

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

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL AFILIADO

### Informe de fraude, desperdicio y abuso a WellCare of Kentucky

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

Si conoce algún fraude que se haya cometido, llame a nuestra línea directa de fraude las 24 horas del día. El número de teléfono gratuito es **1-866-678-8355**. Es confidencial. Usted puede dejar un mensaje sin indicar su nombre. Si decide dejar su número de teléfono, le devolveremos la llamada. Lo llamaremos para asegurarnos de que la información que tenemos está completa y es exacta.

También puede reportar fraudes en nuestro sitio web.

Ingresa a **[www.wellcare.com/Kentucky/Report-Fraud-and-Abuse](http://www.wellcare.com/Kentucky/Report-Fraud-and-Abuse)**. Dar un informe a través de Internet también es confidencial.

### Informe de fraude, desperdicio y abuso a Kentucky Medicaid

Para informar un fraude, desperdicio y abuso a Kentucky Medicaid:

- Llame a la línea directa gratuita de fraude y abuso de Kentucky Medicaid al **1-800-372-2970**.

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

### AYUDA ADICIONAL EN SU COMUNIDAD

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

- Guarda temporal
- Adopción
- Cuidado infantil

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

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

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

### Asistencia con problemas no relacionados con la atención médica

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

WellCare Community Connections está aquí para usted.

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

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

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL AFILIADO

### SUS DERECHOS COMO AFILIADO

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

- Recibir información sobre nuestro plan, servicios, médicos y proveedores.
- Obtener información sobre sus derechos y responsabilidades
- Conocer los nombres y los cargos de los médicos y otros proveedores de la salud que le prestan cuidado
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Confidencialidad y no discriminación
- Recibir protección para su privacidad
- Tener una oportunidad razonable para elegir a su PCP y cambiar a otro proveedor de un modo razonable
- Aceptar o rechazar el tratamiento y participar activamente en la toma de decisiones
- Decidir con su médico qué tipo de cuidado recibirá
- Hablar abiertamente sobre el cuidado que necesita para su salud, sin importar el costo o la cobertura de beneficios, sus elecciones y los riesgos involucrados (esta información se le debe entregar de un modo que usted pueda entender)
- Acceder oportunamente al cuidado que no tenga ninguna barrera de comunicación o acceso físico
- Recibir una explicación de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos y de otros tratamientos
- Saber sobre sus necesidades de cuidado de la salud después de salir del consultorio médico o de recibir el alta hospitalaria
- Rechazar cuidados médicos, siempre que acceda a asumir la responsabilidad de su decisión
- Rehusarse a participar en cualquier investigación médica
- Quejarse o apelar sobre el plan o cuidado que le suministramos; también, saber que, si lo hace, no modificará su modo de tratamiento
- Los indígenas norteamericanos inscritos en WellCare of Kentucky pueden recibir servicios de un proveedor de cuidados primarios o especialista I/T/U que forme parte de la red de proveedores de WellCare of Kentucky
  - “I” es un servicio de salud para comunidades indígenas
  - “T” es un programa/centro manejado por comunidades tribales
  - “U” es una clínica de comunidades indígenas urbanas

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

## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

- No ser responsable por nuestras deudas en caso de quiebra y no ser responsable por:
  - Los pagos de servicios cubiertos en virtud de un contrato, remisión u otro acuerdo, en la medida en que tales pagos sean superiores al monto que usted hubiese adeudado si nosotros hubiéramos proporcionado los servicios directamente
- Ser libres de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como un medio de coerción, disciplina, comodidad o represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos de parte de su médico de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables; también, pedir que se modifiquen/corrijan los registros si fuese necesario
  - Las solicitudes deberán recibirse por escrito por su parte o por la persona que elija como su representante
  - Los registros se proporcionarán sin costo
  - Se enviarán dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud
- Derivación oportuna y acceso al cuidado especializado médicamente necesario
- Mantener la privacidad de sus registros médicos
- Hacer conocer sus deseos con respecto a la atención médica por medio de directivas anticipadas
- Preparar directivas médicas anticipadas de conformidad con KRS311.621 a KRS311.643
- Emitir su opinión en cuanto a nuestras políticas de derechos y responsabilidades del afiliado
- Utilizar nuestro proceso de protesta para presentar una protesta, recibir ayuda para presentar una apelación y obtener una audiencia de parte nuestra y/o del Departamento de Servicios de Medicaid
- Apelar decisiones médicas o administrativas mediante el uso de nuestro proceso de protestas o del Estado
- Ejercer estos derechos independientemente de su sexo, edad, raza, grupo étnico, ingresos, educación o religión
- Hacer que todo el personal del plan cumpla sus derechos
- Hacer que todos los derechos mencionados se apliquen a la persona legalmente capacitada para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud
- Recibir servicios de calidad de conformidad con el Título 42 del CFR, Secciones 438.206 a 438.210 que incluyen:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad de acceso</li> <li>- Normas de autorización</li> <li>- Disponibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura</li> <li>- Cobertura fuera de la red</li> <li>- Derecho a una segunda opinión</li> </ul>
---	---

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL AFILIADO**

## SUS RESPONSABILIDADES COMO AFILIADO

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

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



## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

### Responsabilidad de terceros (TPL)

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

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

**Ejemplos de otro seguro son:**

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

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

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

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

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



## INFORMACIÓN **IMPORTANTE** SOBRE EL AFILIADO

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

### **¿A dónde acudo si tengo preguntas?**

Si tiene preguntas sobre la HIPAA y su PHI, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad por escrito.

La dirección es:

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

### **Quejas:**

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

La dirección es:

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

Puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al **877-696-6775**. También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos al **866-OCR-PRIV (866-627-7748)** o **866-788-4989** TTY.

**Attachment C.12.f.ii-2 Sample Enrollee Handbook in Spanish**  
**La discriminación es contraria a la ley**

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

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

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ध्यान दनिहोस्: तपार्इंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपार्इंको नम्रितभाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-877-389-9457** (TTY: **711**)।

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

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

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

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

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

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









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



**[www.wellcare.com/Kentucky](http://www.wellcare.com/Kentucky)**



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

