



— NEW JERSEY —

# MANUAL PARA MIEMBROS



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.





# WELLCARE OF NEW JERSEY

## AL CUIDADO DE USTED Y SU FAMILIA

¡Bienvenido a WellCare Health Plans of New Jersey!  
Nos complace que se haya unido a nuestra familia.  
Al trabajar con todas las personas de WellCare, verá  
que ponemos a usted y a su familia en primer lugar  
para que reciban una mejor atención.

**¡Le deseamos buena salud!**

Usted es nuestra prioridad. Trabajamos arduamente para asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Trabajamos con muchos proveedores, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica para brindarles a usted y a su familia todos los servicios que ofrece NJ FamilyCare. Estos proveedores coordinarán todas sus necesidades de atención.

Este Manual para Miembros 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, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. Nuestro atento personal está capacitado para responder todas sus preguntas. Para obtener más información, visítenos en **[www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey)**.

## Discrimination Is Against the Law

WellCare Health Plan complies with all applicable federal civil rights laws. We do not exclude or treat people in a different way based on race, color, national origin, age, disability or sex.

We have free aids and services to help people with disabilities communicate with us. That includes help such as sign language interpreters. We can also give you info in other formats. Those formats include large print, audio, accessible electronic formats and Braille.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also provide written info in other languages.

If you need these services, call us at **1-888-453-2534**. TTY users can call **711**. We're here for you Monday–Friday from 8 a.m. to 6 p.m.

Do you feel that we did not give you these services? Or do you feel we discriminated in some way? If so, you can file a grievance in person, by mail, fax, or email. You can reach us at WellCare Grievance Department, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631-3384. You can reach us by phone at **1-866-530-9491**; TTY **711**. Our fax is **1-866-388-1769**. Our email is **OperationalGrievance@wellcare.com**. If you need help filing a grievance, a WellCare Civil Rights Coordinator can help you.

You can also file a civil rights complaint online with the U.S. Dept. of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Go to the Complaint Portal at <http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. File by mail to: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Ave. SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. You can call them at **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TTY).

You can get complaint forms at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-888-453-2534**. For TTY, call **711**.

Si el español es su lengua materna, podemos brindarle servicios de traducción. También podemos proporcionarle información en otros formatos, como braille, audio y letra de imprenta grande. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-888-453-2534**. Para TTY llame al **711**.

如果中文是您的母語，我們可以為您翻譯。我們也可以用其它格式為您提供資訊。這些格式包括布萊葉文、音頻及大字體。僅需撥打我們的免費電話。您可以撥打 **1-888-453-2534** 聯絡我們。TTY 用戶請撥打 **711**。

귀하의 모국어가 한국어 인 경우, 통역서비스를 제공해 드립니다. 점자, 오디오, 큰 활자 등 다른 형식으로 된 정보도 제공해 드릴 수 있습니다. 무료 전화 1-888-453-2534 (TTY 711) 번으로 전화 주십시오.

Se o Português for a sua língua materna, nós podemos traduzir para si. Também lhe podemos fornecer as informações noutros formatos, tais como Braille, áudio e impressão grande. Estes serviços são gratuitos. Entre em contacto conosco através da linha de atendimento gratuita 1-888-453-2534 (TTY: 711).

જો ગુજરાતી તમારી પ્રથમ ભાષા હોય, તો અમે તમારા માટે ભાષાંતર કરી શકીશું. અન્ય સ્વરૂપોમાં પણ અમે તમને માહિતી આપી શકીશું. તેમાં બ્રેઈલ, ઓડિયો અને મોટી પ્રિન્ટનો સમાવેશ થાય છે. માત્ર અમે ટોલ ફ્રી પર કોલ કરો. 1-888-453-2534 પર તમે અમારો સંપર્ક કરી શકશો. TTY માટે અહીં કોલ કરો 711.

Jeżeli Państwa językiem ojczystym jest język polski, możemy to przetłumaczyć. Możemy również przekazać informacje w innych formatach. Obejmuje to alfabet Braille'a, audio i dużą czcionkę. Wystarczy zadzwonić do nas pod bezpłatny numer. Jesteśmy dostępni pod numerem telefonu 1-888-453-2534. Osoby niedosłyszące mogą zadzwonić pod numer TTY: 711.

Se l'italiano è la Sua lingua madre, possiamo tradurre per Lei. Possiamo anche fornirle gratuitamente le informazioni in altri formati, tra cui stampa a caratteri grandi, Braille o audio. Può chiamarci al numero verde **1-888-453-2534** e al numero TTY **711**.

إذا كانت لغتك الأصلية هي اللغة العربية، فنحن بأستطاعتنا الترجمة لك. ويمكننا أيضاً إعطائكم المعلومات في أشكال أخرى مثل طريقة البرايل للمكفوفين والصوت والمطبوعات ذات الحجم الكبير. هذه الخدمات تقدم مجاناً وبدون مقابل. فقط قم بالاتصال على رقم التلفون المجاني: 1-888-453-2534 أو (TTY 711).

Kung hindi ka nagsasalita ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika. Kasama dito ang Braille, audio at malalaking letra. Tumawag ng libre sa 1-888-453-2534 (TTY 711).

Если русский Ваш основной родной язык, мы можем перевести для Вас. Мы также можем предоставить информацию в других форматах, например, на шрифте Брайля, записанную на аудионосителях и распечатанную крупным шрифтом. Просто позвоните нам по бесплатному номеру **1-888-453-2534** (TTY 711).

Si Kreyòl se lang natifnatal ou, nou ka tradui pou ou. Nou ka ba w enfòmasyon an tou sou lòt fòm. Sètadi Bray, sou fòm odyo, ak an gwo karaktè. Annik rele nou nan nimewo pou apèl gratis la. Ou ka kontakte nou nan **1-888-453-2534**. Pou TTY, rele **711**.

अगर आपकी मातृ भाषा हर्दी है तो हम आप के लए अनुवाद कर सकते हैं। हम आपको ब्रेल, ऑडियो और बड़े प्रटि जैसे अन्य रूप में भी जानकारी दे सकते हैं। ये सेवाएं बनिा शुल्क हैं। बस हमें इस टोल फ्री नंबर पर कॉल करें **1-888-453-2534** पर (TTY 711)।

Nếu Tiếng Việt là ngôn ngữ chính của quý vị, chúng tôi có thể thông dịch cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, âm thanh và bản in cỡ lớn. Chỉ cần gọi chúng tôi theo số miễn phí **1-888-453-2534** (TTY 711).

Si votre langue maternelle est le français, nous pouvons faire la traduction. Nous pouvons également vous fournir l'information dans des formats comme le braille, en version audio et imprimé en gros caractères. Il suffit de nous appeler au numéro sans frais **1-888-453-2534** (TTY 711).

گراردو آپ کی مادری زبان ہے تو ہم آپ کے لیے ترجمہ کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کو دوسری اشکال میں بھی معلومات فراہم کر سکتے ہیں۔ ان میں بریل، آڈیو اور بڑے حروف شامل ہیں۔ محض ایک ٹول فری کال کریں۔ آپ ہم سے **1-888-453-2534** پر رابطہ کر سکتے/سکتی ہیں۔ TTY کے لیے 711 پر کال کریں۔

# ÍNDICE

<b>WellCare of New Jersey Al Cuidado de Usted y su Familia .....</b>	<b>iii</b>
Diccionario de WellCare .....	11
<b>Números de Teléfono Importantes .....</b>	<b>13</b>
<b>Cómo Comenzar con nosotros .....</b>	<b>15</b>
Verifique su tarjeta de identificación (ID) y manténgala en un lugar seguro .....	17
Conozca a su proveedor de cuidado primario (PCP).....	18
Complete su Evaluación de riesgos para la salud .....	21
Recuerde usar la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.....	21
En caso de una emergencia... ..	22
Llámenos.....	22
Nuestro sitio web.....	23
Conozca sus derechos y responsabilidades.....	23
Si tiene otro seguro médico.....	23
Conserve este manual.....	24
Nuestro Directorio de proveedores.....	24
<b>Principios básicos del cuidado.....</b>	<b>25</b>
Medicamente necesario.....	25
Cómo concertar y conseguir sus citas médicas.....	25
Distribución de costos.....	27
Responsabilidad de pago del paciente .....	28
<b>Su Plan de Salud.....</b>	<b>29</b>
Servicios cubiertos por WellCare .....	31
Servicios no cubiertos por WellCare o Cargo por servicio (FFS) .....	51
Servicios no cubiertos.....	51

Servicios cubiertos por Cargo por servicio (FFS) .....	53
Cómo recibir los servicios cubiertos .....	54
Autorización previa .....	54
Servicios disponibles sin autorización .....	56
Servicios de proveedores fuera de nuestra red .....	57
Administración de la utilización .....	57
Segunda opinión médica o dental .....	58
Cuidado fuera del horario de atención .....	58
Cuidado de emergencia .....	58
Atención de necesidades especiales.....	59
Niños con necesidades de atención médica especiales.....	61
Cuidado de emergencia fuera del área .....	61
Atención posterior a la estabilización.....	62
Tratamiento de menores de edad.....	62
Cuidado urgente .....	62
Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido.....	63
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).....	64
Cuidado Dental .....	68
Emergencia dental.....	69
Planificación familiar .....	71
Formularios de consentimiento para histerectomía y esterilización.....	71
Cuidado de la salud del comportamiento – solo miembros de DDD.....	72
Qué hacer si necesita ayuda .....	72
Qué hacer en caso de emergencia de salud del comportamiento o si se encuentra fuera del área de servicio del plan .....	73
Cuidado de la salud del comportamiento – no miembros de DDD.....	73
Programa de Administración de enfermedades .....	74

Medicamentos con receta ..... 79

Lista de medicamentos preferidos..... 80

Medicamentos de venta libre (OTC) ..... 81

Limitación de farmacia..... 81

Transición del cuidado ..... 82

Transporte..... 83

**Planificación de su cuidado..... 84**

Atención preventiva del niño sano y servicios de exámenes,  
diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT) ..... 84

Pautas preventivas de salud..... 85

Pautas preventivas para la salud pediátrica  
(recién nacidos hasta los 21 años de edad)..... 88

Directivas anticipadas..... 97

**Información Importante para Miembros ..... 99**

Procedimientos de protestas y apelaciones de los miembros..... 100

Protestas ..... 100

Apelaciones..... 101

**Su membresía en WellCare ..... 108**

Inscripción..... 108

Inscripción abierta..... 109

Recertificación ..... 109

Reincorporación..... 110

Mudanza fuera de nuestra área de servicios ..... 110

Cancelación de inscripción involuntaria..... 110

**Información importante sobre WellCare ..... 112**

Programas de incentivo de proveedores, operaciones  
y estructura del plan de salud ..... 112

Cómo pagamos a nuestros proveedores .....	112
Evaluación de nueva tecnología.....	112
Fraude, dispendio y abusos.....	113
Cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro.....	114
<b>Servicios más allá de la atención médica.....</b>	<b>115</b>
Community Connections de WellCare está aquí para usted.....	115
Aplicación para móvil MyWellCare .....	115
<b>Derechos de los miembros .....</b>	<b>117</b>
<b>Obligaciones de los miembros .....</b>	<b>119</b>

# DICCIONARIO DE WELLCARE

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 sus proveedores y familia cómo quiere ser cuidado si usted no puede manifestar sus decisiones por sí mismo

**Beneficios/Servicios:** Atención médica cubierta por nuestro plan

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

**Protesta:** Cuando nos avisa que tiene una inquietud sobre nuestro plan o proveedor

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

**Tarjeta de identificación (ID):** Tarjeta que le daremos que prueba que usted es miembro de nuestro plan

**Inmunizaciones:** Vacunas que pueden mantenerlo a usted y a sus hijos a salvo de muchas enfermedades graves

**Paciente internado:** Cuando usted es admitido a un hospital

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

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

**Fuera de la red:** Término que usamos cuando un proveedor no está contratado por nuestro plan

**Paciente ambulatorio:** Cuando usted es tratado en un centro médico, pero no es admitido como paciente internado

## PALABRAS/FRASES

**Servicios posteriores a la estabilización:** Cuidado de seguimiento luego de que usted abandone el hospital para asegurarnos de que usted mejora

**Lista de medicamentos preferidos (PDL):** Una lista de medicamentos armada por médicos y farmacéuticos

**Receta:** Un medicamento para el cual su proveedor escribe una orden

**Autorización previa (PA)/Remisiones:** Cuando necesitamos aprobar los cuidados o las recetas antes de que usted las reciba

**Dentista de cuidado primario (PCD):** Un dentista autorizado que es el proveedor de atención médica responsable de supervisar, coordinar y proporcionar cuidado dental inicial y primario a los pacientes, para empezar a referir a la atención de especialidad y mantener la continuidad de la atención para el paciente

**Proveedor de cuidado primario (PCP):** Su médico personal quien le ayuda a gestionar todas sus necesidades de atención médica

**Proveedor:** Aquellos que trabajan con nosotros para brindarle atención médica, como médicos, hospitales, farmacias y laboratorios

**Red de proveedores:** Todos los proveedores que tienen un contrato con nosotros para brindarles cuidados a nuestros miembros

**Especialista:** Un proveedor que ha ido a la facultad de medicina a capacitarse y trabaja en un campo específico de la medicina

**Tratamiento:** El cuidado que usted recibe de proveedores y centros

**TTY:** Un número especial para llamar si tiene problemas para escuchar o hablar



# NÚMEROS DE TELÉFONO **IMPORTANTES**

<b>Servicios para Miembros</b>	<b>1-888-453-2534</b>
<b>Servicios para Miembros TTY</b>	<b>711</b>
<b>Tratamiento del trastorno por uso de sustancias para miembros no DDD y no MLTSS</b>	<b>Línea directa de servicios para adicciones de NJ 1-844-276-2777 o 1-844-REACHNJ (1-844-732-2465)</b>
<b>Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas de WellCare</b>	<b>1-800-919-8807 (TTY: 711)</b>

Mantenga estos números cerca de su teléfono. Puede llamar a los representantes de Servicios para Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestro horario de atención habitual es de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.





# **CÓMO COMENZAR** CON NOSOTROS



# CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Estas son algunas cosas importantes que debe recordar al comenzar con WellCare.

## Verifique su tarjeta de identificación (ID) y manténgala en un lugar seguro

Recibirá su tarjeta de ID de WellCare por correo. Si no la recibe dentro de los 7 días de hacerse miembro, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y le enviaremos otra tarjeta de ID. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. También puede solicitar una tarjeta nueva en [www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey).

Una vez que reciba su tarjeta de ID de WellCare, llévela con usted en todo momento. Deberá mostrarla siempre que reciba atención. Su tarjeta de ID contiene información acerca de su plan. Cuando muestra su tarjeta, puede evitar que el proveedor le facture. Si usted recibe una carta o un mensaje de un proveedor para solicitarle información sobre su seguro o plan de salud, llámelo de inmediato. Proporcione la información de miembro indicada en su tarjeta de ID. Si recibe una factura de un proveedor dentro o fuera de nuestra red, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**) Le ayudaremos a resolver el problema.

También deberá analizar los datos que aparecen en su tarjeta de ID. Encontrará la información sobre su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP). También verá su fecha de entrada en vigencia (la fecha en que se convierte en miembro de WellCare). ¿Qué sucede si el PCP que aparece es incorrecto? Llame a Servicios para Miembros y haremos la modificación. También le enviaremos una nueva tarjeta de ID que indique el nombre de su nuevo PCP. Llame sin cargo al **1-888-453-2534** (TTY **711**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Si pierde su tarjeta de identificación, puede obtener una nueva llamando a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. También puede iniciar sesión en nuestro sitio web en [www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey) para pedir que le envíen una nueva tarjeta de ID.

		<b>Member Services:</b> 1-888-453-2534/TTY: 711	
Member ID #: 19910000 Member: SAMPLE NJ SAMPLE Effective Date: 1/1/2019 Issue Date: 1/3/2019 Primary Care Provider: GREGORY SMITH Phone: 1-555-555-3361		<b>Members:</b> Present this card to receive services from network providers. For benefits, provider network, dental benefits, or general information, call Member Services. If you have a medical emergency, dial 911 or go to the nearest emergency room and call your PCP within 48 hours. Prior authorization is not required.	
NJ FamilyCare C Medicaid ID #: 1269000000		<b>Servicios a Miembros:</b> 1-888-453-2534/TTY: 711	
<b>Co-Pay Information</b> Dental \$5 Emergency \$10 PCP \$5 Pharmacy \$1/\$5 Specialist \$5		<b>Miembros:</b> Presente esta tarjeta para recibir servicios de proveedores de la red. Llame a Servicios a Miembros para obtener información sobre beneficios, proveedores de la red, beneficios dentales o información general. Si usted tiene una emergencia médica, marque el 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana y llame a su PCP en un plazo máximo de 48 horas. No se requiere autorización previa.	
		Medical claims are to be mailed to: Las reclamaciones médicas deben ser enviadas a: WellCare P.O. Box 31224 Tampa, FL 33631-3224 <a href="http://www.wellcare.com/New-Jersey">www.wellcare.com/New-Jersey</a>	
		RxBIN: 004336    RxPCN: MCAIDADV    RxGRP: RX8895	

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

Su PCP es su socio en la salud. Lo ayudará a recibir su atención médica. Podrá contratar a alguien, como un asistente médico, que lo ayude a brindarle atención. Esto incluye controles regulares, vacunas y remisiones a otros proveedores, incluidos especialistas. Para visitar a un especialista, no necesita ser referido por su PCP. Cuando necesite cuidado de especialidad, llame a su PCP (o PCD) Lo enviará a ver a un especialista para realizar pruebas, cuidado especializado y otros servicios cubiertos no realizados por su PCP. Su PCP, PCD o especialista nos pedirá la aprobación de servicios para aquellos servicios que requieran autorización previa. Esto se conoce como autorremisión.

**Nuestros PCP están capacitados en distintas áreas. Estos incluyen:**

- Medicina familiar e interna
- Medicina general
- Medicina geriátrica
- Pediatría
- Obstetricia/ginecología (OB/GYN)

Les solicitamos a los nuevos miembros que visiten a su PCP y dentista dentro de los 90 días (3 meses) después de inscribirse en nuestro Plan. Esto incluye a aquellos que pertenecen al programa de la División de discapacidades de desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) de New Jersey.

**¿Está embarazada? Deberá recibir cuidado prenatal dentro de los 3 días a 3 semanas de su inscripción en nuestro plan. Esto depende de sus factores de riesgo y del estado de su embarazo. Su médico deberá verla:**

- Dentro de las 3 semanas después de un resultado positivo en la prueba de embarazo (en el hogar o análisis de laboratorio)
- Dentro de los 3 días de la identificación de alto riesgo
- Dentro de los 7 días de la solicitud en el primer y segundo trimestre
- Dentro de los 3 días después de la primera solicitud en el tercer trimestre

Su PCP podrá saber su historia clínica y crear un plan de cuidado para usted. Recopile sus registros médicos de los proveedores que haya consultado anteriormente. Esto ayudará a su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534 (TTY 711)** si necesita ayuda. Puede comunicarse con nosotros de 8 a.m. a 6 p.m.

¿Tiene alguna necesidad médica especial? Un especialista puede actuar como su PCP. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Llame al 1-888-453-2534, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Si tiene una afección para la cual necesita cuidados constantes de uno de nuestros especialistas, puede solicitar una autorización para que su especialista actúe como su PCP. Esto significa que puede consultar a un especialista sin tener que solicitar una remisión cada vez que sea necesario.

Asegúrese de hablar con su PCP al respecto.

¿Qué sucede si no eligió un PCP antes de inscribirse en nuestro plan? En ese caso, elegimos uno por usted. Tomamos esta decisión sobre la base de lo siguiente:

- Dónde puede haber recibido servicios anteriormente
- Dónde vive
- Su preferencia de idioma
- Disponibilidad del PCP (si el PCP está aceptando nuevos pacientes)
- Sexo (en caso de OB/GYN)

Si no está conforme con el PCP que elegimos, no hay problema. 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

**Usted o su representante autorizado deben comunicarse con su PCP para programar una cita tan pronto como sea posible después de que se haya inscrito. De lo contrario, WellCare intentará contactar con usted o su representante para coordinar un examen físico. Estos son los plazos dentro de los cuales podremos llamarlo nosotros o su PCP:**

- Para niños (de hasta 21 años), dentro de los 90 días de la inscripción.
- Para adultos, dentro de los 180 días de la inscripción.
- Para adultos miembros de DDD, dentro de los 90 días de la inscripción.

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

Puede encontrar una lista de los proveedores que asisten a nuestros miembros en nuestro directorio de proveedores. ¿Necesita un Directorio de proveedores? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

En el Directorio de proveedores, encontrará lo siguiente:

- PCP
- Hospitales
- Farmacias
- Especialistas
- Proveedores de salud del comportamiento
- Dentistas y especialistas dentales

Estos proveedores componen nuestra “red de proveedores” o “red”.

La herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) le ayudará a encontrar proveedores. Estamos agregando nuevos proveedores a nuestra red constantemente. La herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) tiene nuestra información de la red más actualizada.

Visite **[www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider)** para usar *Find a Provider* (Encontrar un Proveedor).

El directorio de New Jersey Smiles también se encuentra en nuestro sitio web. Puede encontrarlo en la sección *Dental Providers for Children* (Proveedores dentales para niños) del sitio web en **[www.wellcare.com/en/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare](http://www.wellcare.com/en/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare)**, desplácese hacia abajo en la página web y encontrará el directorio. Este directorio cuenta con dentistas para niños de 6 años y menores.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

Además, puede solicitar el cambio a través de nuestro sitio web. Si se efectúa el cambio entre el 1.º y el 10.º día del mes, entrará en vigencia de inmediato. Los cambios realizados después del 10.º día del mes entrarán en vigencia al inicio del mes siguiente. Le enviaremos una nueva tarjeta de ID con la información de su nuevo PCP.

Su PCP podrá solicitarnos que le asignemos otro PCP. Analizaremos la solicitud en ese caso.

Le enviaremos una carta si su PCP abandona nuestra red. Puede encontrar un nuevo PCP en nuestra red visitando **[www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey)** y usando la herramienta *Find a Provider/Pharmacy* (Encontrar a un proveedor/farmacia). Para solicitar una copia del Directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. También puede visitar **[www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider)**

Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda para encontrar un nuevo PCP en su red. Le asignaremos un PCP si no conoce ninguno. Recibirá una nueva tarjeta de ID

que muestre este cambio. Llame a Servicios para Miembros si no está contento con el PCP. Lo ayudaremos a elegir otro PCP.

Si actualmente tiene un plan de tratamiento con su PCP, podría ser capaz de continuar con dicho PCP por hasta 120 días luego de que se retire de la red. Llame a Servicios para Miembros para saber más.

Recuerde, tenemos cobertura de PCP y de especialistas las 24 horas, los 7 días de la semana.

### Complete su Evaluación de riesgos para la salud

Es importante que complete su Evaluación de riesgos para la salud. Cuando complete este formulario, podemos asegurarle que recibirá los cuidados que necesita. El formulario de Evaluación de riesgos para la salud se encuentra en su paquete de bienvenida. También hemos incluido un sobre con franqueo pagado para que nos devuelva el formulario. Use este sobre para remitir su formulario completo a WellCare. Si necesita un formulario, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

### Recuerde usar la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Nuestra Línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas, todos los días de la semana. Llame al número gratuito cuando no esté seguro sobre el tipo de cuidado que necesita.

Cuando usted llame, un enfermero le hará preguntas. Proporcione tantos detalles como sea posible. Por ejemplo, dígame dónde le duele, qué aspecto tiene y qué siente usted. El enfermero puede ayudarle a decidir si usted:

- Necesita atenderse con su PCP, centro de cuidado urgente o en un hospital
- Puede cuidarse por sí solo en su hogar

Puede obtener ayuda con problemas como:

- Dolor de espalda
- Una tos, un resfrío o una gripe
- Un corte o una quemadura
- Mareos y náuseas

¿Qué sucede si usted cree que tiene una emergencia médica real, como fractura de huesos, hinchazón o sangrado intenso? Llame al **911** primero o vaya a la sala de emergencias más cercana.



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

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

### 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 en la página 58 de este manual.

### Llámenos

Si tiene preguntas, llámenos. Nuestro equipo de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo. Llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. El número de teléfono gratuito es **1-888-453-2534** (TTY **711**).



Es importante que nos informe si se produce un cambio significativo en su vida. Por ejemplo, si usted:

- Se casa o divorcia
- Tiene un bebé o adopta un niño
- Experimenta la muerte de su cónyuge o hijo
- Consigue un nuevo empleo
- Recibe seguro médico de otra compañía

Llámenos en cualquier momento que necesite ayuda. Nosotros podemos ayudarle a:

- Solicitar una tarjeta de ID de reemplazo
- Cambiar de PCP
- Encontrar y elegir un proveedor
- Concertar una cita con un proveedor
- Actualizar su información de contacto, como su dirección de correo postal y número de teléfono
- Obtener un programa de talleres y datos de eventos educativos

Queremos que se sienta cómodo al trabajar con nosotros y sus proveedores. ¿Habla usted otro idioma? ¿Necesita algo en Braille, en letra grande o en audio? Tenemos servicios de traducción y formatos alternativos sin costo. Llámenos si lo necesita.

Si llama fuera del horario de atención con una solicitud no urgente, deje un mensaje. Le llamaremos al siguiente día hábil. Nuestra Línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para asuntos relacionados con la salud. También puede escribirle a nuestro equipo de Servicios para Miembros:



WellCare  
Attn: Member Services  
P.O. Box 31370  
Tampa, FL 33631-3370

### Nuestro sitio web

Puede encontrar respuestas en nuestro sitio web. Visite [www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey) y haga clic en “Members” (Miembros) para obtener información sobre:

- Nuestro Manual para Miembros
- Nuestra herramienta de búsqueda *Find a Provider* (Encontrar un proveedor).
- Boletines de noticias para miembros
- Sus derechos y obligaciones como miembro

En nuestro sitio web usted también puede:

- Cambiar de PCP
- Actualizar su dirección y su número de teléfono
- Solicitar sus materiales para miembros tales como su Tarjeta de ID, Manual para miembros y Directorio de proveedores

Los miembros no DDD y no MLTSS que necesiten servicios para el trastorno por uso de sustancias pueden visitar [reachnj.gov](http://reachnj.gov) para obtener ayuda.

### Conozca sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan. Puede leer esta información más adelante en este manual.

### Si tiene otro seguro médico

¿Tiene usted o alguien de su familia seguro médico con otra compañía? Si es así, nosotros debemos saberlo. Por ejemplo:

- Si trabaja y tiene un seguro médico a través de su empleador
- Si sus hijos tienen seguro médico a través de su otro padre o madre
- Si perdió el seguro médico que nos había informado previamente

Es importante que nos brinde esta información. Si no lo hace, puede haber problemas cuando deba recibir atención y posibles facturas.

Para obtener más información, lea la guía de Responsabilidad de terceros (Third Party Liability, TPL) que se incluye en el Paquete de Bienvenida.

### Conserve este manual

Este manual tiene información valiosa, como:

- Sus beneficios y servicios y cómo obtenerlos
- Directivas anticipadas (consulte la sección de *Directivas anticipadas* en este manual)
- Cómo usar los procesos de apelaciones y protestas para los casos en que no esté conforme con una decisión que hayamos tomado
- Cómo protegemos su privacidad

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**) si pierde este manual. Le enviaremos uno nuevo. También puede encontrar el manual en [www.wellcare.com/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare).

### Nuestro Directorio de proveedores

Para encontrar un proveedor, visite la herramienta *Find a Provider* (*Encontrar un proveedor*) en [www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider). ¿Le gustaría tener una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores? Nos complacerá enviarle una. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CUIDADO

Usted recibirá cuidado de proveedores, hospitales y otros profesionales de nuestra red de proveedores. Nosotros o un proveedor de la red deben aprobar su cuidado.

### Medicamente necesario

Aprobamos el cuidado “medicamente necesario” o “necesario”. Esto significa que el cuidado:

- Corresponde a una enfermedad que puede poner su salud en peligro
- Sigue prácticas médicas aceptadas
- Se proporciona en un lugar seguro, adecuado y rentable, según el diagnóstico y el grado de la enfermedad del paciente.
- No es solo por conveniencia
- Es necesario cuando no se dispone de un cuidado, un servicio o un lugar mejor o menos costoso

### Cómo concertar y conseguir sus citas médicas

Nuestras pautas aseguran que usted consiga sus citas médicas en forma puntual.<sup>1,2</sup> Esto también se llama acceso al cuidado.

Esta tabla muestra cuánto debería demorar en conseguir una cita.

<sup>1</sup> Nuestros proveedores están obligados a ofrecerle el mismo horario de atención que a los pacientes con otro seguro.

<sup>2</sup> Los miembros en el programa de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) de NJ podrán elegir a un PCP de nuestra red fuera del condado en el que viven

Tipo de proveedor	Distancia en automóvil/ distancia si usted vive en una zona urbana	Distancia en automóvil/ distancia si usted vive en una zona rural
PCP y especialistas	30 minutos para llegar a su cita	20 millas
Hospitales	15 millas	15 millas

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

¿Cuánto tiempo debe esperar para conseguir una cita? Eso depende del tipo de cuidado que necesite. Tenga en cuenta estos plazos al concertar sus citas.

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
<b>Atención médica</b>	Emergencia	Enseguida (dentro y fuera de nuestra área de servicio), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (no se requiere autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 24 horas (1 día) de su solicitud
	PCP por enfermedad pediátrica	Dentro de las 24 horas (1 día) de su solicitud
	Enfermedad de adultos con PCP	Dentro de las 72 horas (3 días) desde su solicitud
	Visitas al PCP de rutina/ bienestar	4 semanas (1 mes) de su solicitud
	Visita a un especialista	4 semanas (1 mes) de su solicitud
	Visitas al hospital que no sean de emergencia	4 semanas (1 mes) de su solicitud
	Cuidado de seguimiento después de internación en el hospital	Según sea necesario
<b>Cuidado dental</b>	Emergencia	Dentro de las 48 horas (2 días) o antes si es necesario
	Urgente	Dentro de las 72 horas (3 días) desde su solicitud
	Visitas de rutina	Dentro de los 30 días de su solicitud

Tipo de cita	Tipo de cuidado	Hora de la cita
<b>Salud del comportamiento y trastorno por uso de sustancias</b>	Emergencia	Enseguida (dentro y fuera de nuestra área de servicio), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (no se requiere autorización previa para servicios de emergencia)
	Urgente	Dentro de las 24 horas (1 día) de su solicitud
	Visitas de rutina	Dentro de los 10 días de su solicitud

## Distribución de costos

Como parte del programa NJ FamilyCare, el estado de New Jersey puede exigirle el pago de una prima o copago por el cuidado.

Estos son datos importantes sobre primas y copagos:

- Si no paga puntualmente su prima mensual, puede cancelarse su inscripción en el programa NJ FamilyCare
- Usted paga su prima a NJ FamilyCare, no a WellCare
- Puede encontrar los importes de los copagos en su tarjeta de ID de miembro de WellCare. (También los indicamos en la sección *Servicios cubiertos por WellCare* en este manual)
- Sus copagos y primas mensuales no pueden superar el 5 % de su ingreso anual. Téngalo en cuenta. Informe al Coordinador de beneficios de salud de NJ FamilyCare si supera el límite del 5 % en un año calendario. Puede llamar al Coordinador de beneficios de salud de NJ FamilyCare al **1-800-701-0710**
- Si tiene más de 55 años, los beneficios recibidos son reembolsables de su patrimonio al estado de New Jersey (esto incluye las primas)



**Una prima es un importe que paga al Estado cada mes por su cobertura de atención médica. Se basa en sus ingresos.**

**Un copago es lo que paga a un proveedor por el cuidado en el momento en que lo recibe.**

## CÓMO COMENZAR CON NOSOTROS

*Esto es para recordarle que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services, DMAHS) tiene la potestad de presentar un reclamo y gravamen contra el patrimonio de un cliente o ex cliente de Medicaid difunto para recuperar todos los pagos de Medicaid para servicios recibidos por dicho cliente a partir de los 55 años de edad. Podrá requerirse que su patrimonio pague a la DMAHS por dichos beneficios.*

*El monto que la DMAHS pueda recuperar incluye, pero no está limitado a, todos los pagos por capitación a cualquier organización de cuidado administrado o intermediario de transporte, independientemente de si cualquiera de los servicios fue recibido de un individuo o entidad que fuera reembolsada por la organización de cuidado administrado o intermediario de transporte. La DMAHS puede recuperar dichos montos cuando no haya cónyuge sobreviviente, hijos sobrevivientes menores de 21, hijos ciegos de cualquier edad ni hijos sobrevivientes de cualquier edad que estén permanente y totalmente discapacitados como se determina en la Administración del Seguro Social. Esta información le fue previamente proporcionada cuando se inscribió en NJ FamilyCare.*

Para conocer más, visite [https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The\\_NJ\\_Medicaid\\_Program\\_and\\_Estate\\_Recovery\\_What\\_You\\_Should\\_Know.pdf](https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf)

### **Responsabilidad de pago del paciente**

¿Cuál es la Responsabilidad de Pago del Paciente (PPL) por el costo del cuidado? Es la parte que usted paga por alojamiento y comidas si vive en un centro de enfermería especializado o centro de vida asistida. Este monto se basa en su ingreso disponible, el cual lo determina la Agencia de Bienestar Social del condado de su localidad. La PPL no se aplica a servicios médicos. El miembro u otra fuente (como familiares del miembro) deben pagar la PPL aplicable directamente al centro. Un administrador de cuidados de la salud le dirá si la PPL es aplicable para usted.



**SU**  
PLAN DE SALUD



## SERVICIOS CUBIERTOS POR WELLCARE

Esta es una lista de servicios cubiertos. Si tiene preguntas, Servicios para Miembros se encuentra disponible. Llame al **1-888-453-2534** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Algunos servicios pueden estar cubiertos por la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services, DMAHS) bajo un Cargo por servicio (Fee for Service, FFS). Aparecen aquí como “cubiertos por FFS”. Para recibir estos servicios, puede hablar con:

- Su PCP
- Su trabajador social de NJ FamilyCare
- Su Centro de Atención al Cliente de Asistencia Médica (Medical Assistance Customer Center, MACC) local. Las ubicaciones son Camden, Newark, Freehold y Paterson
- Nuestro equipo de Servicios para Miembros

Podemos ayudarlo sobre cómo consultar a un proveedor de su elección. Debe recibir todos los servicios de atención médica cubiertos que no sean de emergencia a través de nuestros proveedores de la red.

Si obtiene servicios de proveedores que no estén en nuestra red o si obtiene servicios que no sean beneficios cubiertos, usted podría ser responsable del pago de dichos servicios. Si recibe servicios de proveedores que no están en nuestra red, pero tiene una autorización, se cubrirán los servicios proporcionados fuera de la red.

Le informaremos si los beneficios de su plan cambian. Puede encontrar información de beneficios actualizada en nuestros boletines de noticias para miembros y en **[www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey)**. ¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

# SU PLAN DE SALUD

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<b>Abortos</b>	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
<b>Acupuntura</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Audiología</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Salud del comportamiento (en hospital para pacientes internados, incluidos los hospitales psiquiátricos)</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Salud del comportamiento (servicios ambulatorios)	Cubiertos por FFS	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Salud del comportamiento (atención médica a domicilio)	Cubiertos por FFS	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS

# SU PLAN DE SALUD

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<b>Sangre y plasma sanguíneo</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Limitado a la manipulación vertebral	Limitado a la manipulación vertebral	Limitado a la manipulación vertebral	Limitado a la manipulación vertebral con copago de \$5	Limitado a la manipulación vertebral con copago de \$5

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<b>Cuidado dental</b>	<p>Servicios de diagnóstico/preventivos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses</li> <li>• Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses</li> <li>• Selladores (hasta los 16 años)</li> </ul>	<p>Los miembros con discapacidades de desarrollo reúnen los requisitos para la evaluación, radiografías correspondientes, profilaxis, limpieza adicional y aplicación tópica de flúor, cada tres meses</p> <p><b>Servicios preventivos cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza y pulido)</li> <li>• Selladores (hasta los 16 años)</li> </ul>	<p>Servicios de diagnóstico/preventivos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses</li> <li>• Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses</li> <li>• Selladores (hasta los 16 años)</li> </ul>	<p>Copago de \$5 excepto para visitas dentales de diagnóstico/preventivas, servicios de diagnóstico/preventivos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses</li> <li>• Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses</li> <li>• Selladores (hasta los 16 años)</li> </ul>	<p>Copago de \$5 excepto para visitas dentales de diagnóstico/preventivas, servicios de diagnóstico/preventivos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza y pulido): Una vez cada 6 meses</li> <li>• Tratamiento con flúor: Una vez cada 6 meses</li> <li>• Selladores (hasta los 16 años)</li> </ul>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p><b>Dental (continuación)</b></p>	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración (empastes y coronas [plateadas y del color del diente])</li> <li>• Endodoncia (tratamiento de conducto radicular; se requiere autorización previa [PA])</li> <li>• Periodoncia (tratamiento de encías; se requiere PA)</li> <li>• Prostodoncia (dentaduras y prótesis dentales; se requiere PA)</li> <li>• Servicios de ortodoncia – Ver Página 43 en este manual.</li> </ul>	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración (empastes y coronas [plateadas y del color del diente])</li> <li>• Endodoncia (tratamiento de conducto radicular; se requiere PA)</li> <li>• Periodoncia (tratamiento de encías; se requiere PA)</li> <li>• Prostodoncia (dentaduras y prótesis dentales; se requiere PA)</li> <li>• Servicios de ortodoncia – Ver Página 43 en este manual.</li> </ul>	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración (empastes y coronas [plateadas y del color del diente])</li> <li>• Endodoncia (tratamiento de conducto radicular; se requiere PA)</li> <li>• Periodoncia (tratamiento de encías; se requiere PA)</li> <li>• Prostodoncia (dentaduras y prótesis dentales; se requiere PA)</li> <li>• Servicios de ortodoncia – Ver Página 43 en este manual.</li> </ul>	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración (empastes y coronas [plateadas y del color del diente])</li> <li>• Endodoncia (tratamiento de conducto radicular; se requiere PA)</li> <li>• Periodoncia (tratamiento de encías; se requiere PA)</li> <li>• Prostodoncia (dentaduras y prótesis dentales; se requiere PA)</li> <li>• Servicios de ortodoncia – Ver Página 43 en este manual.</li> </ul>	<p>Otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración (empastes y coronas [plateadas y del color del diente])</li> <li>• Endodoncia (tratamiento de conducto radicular; se requiere PA)</li> <li>• Periodoncia (tratamiento de encías; se requiere PA)</li> <li>• Prostodoncia (dentaduras y prótesis dentales; se requiere PA)</li> <li>• Servicios de ortodoncia – Ver Página 43 en este manual.</li> </ul>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p><b>Dental (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes (cuando sea médicamente necesario) para funcionar con dentaduras completas</li> <li>• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, TMJ (y otros servicios como anestesia general, sedación y analgésicos para el cuidado dental)</li> <li>En consultorio dental u hospital para atención ambulatoria, según el diagnóstico</li> <li>• Servicios dentales de emergencia: Consultar detalles en la sección de Cuidado dental en este manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes (cuando sea médicamente necesario) para funcionar con dentaduras completas</li> <li>• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, TMJ (y otros servicios como anestesia general, sedación y analgésicos para el cuidado dental)</li> <li>En consultorio dental u hospital para atención ambulatoria, según el diagnóstico</li> <li>• Servicios dentales de emergencia: Consultar detalles en la sección de Cuidado dental en este manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes (cuando sea médicamente necesario) para funcionar con dentaduras completas</li> <li>• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, TMJ (y otros servicios como anestesia general, sedación y analgésicos para el cuidado dental)</li> <li>En consultorio dental u hospital para atención ambulatoria, según el diagnóstico</li> <li>• Servicios dentales de emergencia: Consultar detalles en la sección de Cuidado dental en este manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes (cuando sea médicamente necesario) para funcionar con dentaduras completas</li> <li>• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, TMJ (y otros servicios como anestesia general, sedación y analgésicos para el cuidado dental)</li> <li>En consultorio dental u hospital para atención ambulatoria, según el diagnóstico</li> <li>• Servicios dentales de emergencia: Consultar detalles en la sección de Cuidado dental en este manual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes (cuando sea médicamente necesario) para funcionar con dentaduras completas</li> <li>• Servicios de cirugía bucal y maxilofacial, TMJ (y otros servicios como anestesia general, sedación y analgésicos para el cuidado dental)</li> <li>En consultorio dental u hospital para atención ambulatoria, según el diagnóstico</li> <li>• Servicios dentales de emergencia: Consultar detalles en la sección de Cuidado dental en este manual</li> </ul>

# SU PLAN DE SALUD

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Equipo y suministros para diabéticos	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos de tecnología de asistencia	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare
Servicios de emergencia	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Copago de \$10 por servicios de la sala de emergencias, excepto si se trató de una remisión del PCP para servicios que deberían haberse brindado en el consultorio del PCP o al momento de la internación en el hospital	Copago de \$35 por servicios de la sala de emergencias, excepto si se trató de una remisión del PCP para servicios que deberían haberse brindado en el consultorio del PCP o al momento de la internación en el hospital
Servicios de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Anteojos y lentes de contacto: Ver más información en la página 50	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
Planificación familiar	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare
Servicios de centros de tratamiento residencial de vivienda colectiva y de la División de servicios para jóvenes y familias (Division of youth and family services, DYFS)	Tratamiento residencial cubierto por FFS	Tratamiento residencial cubierto por FFS	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Audífonos	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
Atención médica a domicilio	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare
Servicios de cuidados paliativos • Incluye alojamiento y comida en residencia institucional no privada	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare

# SU PLAN DE SALUD

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<b>Servicios hospitalarios (para pacientes internados)</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Servicios hospitalarios (para pacientes ambulatorios)</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Copago de \$5, excepto para servicios preventivos	Copago de \$5, excepto para servicios preventivos
<b>Centro de atención intermedia/ discapacidades intelectuales</b>	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios de laboratorio:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe recibir sus resultados dentro de las 24 horas en casos de emergencia y atención de urgencia</li> <li>• Debe recibir sus resultados dentro de los 10 días hábiles en casos que no sean de emergencia ni atención de urgencia</li> </ul>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<b>Servicios de maternidad:</b> • Incluye cuidado relacionado con el recién nacido	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Atención médica diurna</b>	Cubierto por WellCare	Programa diurno de DDD (cubierto por FFS)	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Suministros médicos</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Servicios de enfermero obstetra (prenatales)</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Servicios de enfermero obstetra (posparto)</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Copago de \$5 por visita	Copago de \$5 por visita
<b>Servicios de un enfermero profesional</b>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Copago de \$5, excepto para servicios de cuidado preventivo	Copago de \$5, excepto para servicios de cuidado preventivo

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Atención en centro de enfermería:                      Los miembros de Servicios y asistencia administrada a largo plazo (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS) seguirán con WellCare independientemente de la duración de la estadía en el centro de enfermería</p>	<p>Se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda</p>	<p>Se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda</p>	<p>Cuidado a largo plazo (LTC)                      No cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)</p>	<p>(LTC)                      No cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)</p>	<p>(LTC)                      No cubierto (se pueden brindar servicios de rehabilitación para pacientes internados en este entorno cuando corresponda)</p>
<p>Servicios de optometrista:                      Incluye un examen de la vista al año para todas las edades (los exámenes adicionales exigen remisión del PCP)</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Copago de \$5</p>	<p>Copago de \$5</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Trasplantes de órganos	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<b>Servicios de tratamiento de ortodoncia:</b> • Se suministran con límite de edad cuando son médicamente necesarios (se necesita autorización)	Cubiertos por WellCare Hasta los 21 años	Cubiertos por WellCare Hasta los 21 años	Cubiertos por WellCare Hasta los 21 años	Cubiertos por WellCare Hasta los 19 años	Cubiertos por WellCare Hasta los 19 años
Aparatos ortopédicos	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
Pruebas de diagnóstico de paciente ambulatorio	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare	Cubierto por WellCare
Medicamentos de venta libre	Cubiertos con una receta de su PCP	Cubiertos con una receta de su PCP	Cubiertos con una receta de su PCP	Cubiertos con una receta de su PCP	Cubiertos con una receta de su PCP

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Servicios de cuidado parcial	Cubiertos por FFS	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Servicios de programa hospitalario parcial	Cubiertos por FFS	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Servicios de asistente de cuidados personales	Cubiertos con límites	Cubiertos por FFS	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de podología: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No cubren cuidado higiénico podológico de rutina, como tratamientos de durezas, callosidades, corte de uñas y otros cuidados de higiene realizados en ausencia de una afección patológica</li> </ul>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos con \$5 de copago	Cubiertos con \$5 de copago

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Medicamentos con receta (farmacia de venta minorista):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados (Aged, Blind and Disabled, ABD) con Medicare están cubiertos por la Parte D de Medicare</li> <li>• Los medicamentos para disfunción eréctil, los agentes cosméticos y contra la obesidad no están cubiertos</li> <li>• Ciertos elementos tópicos y para tos/resfrío no están cubiertos para ciertas edades</li> </ul>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Copago de \$1 en medicamentos genéricos                      Copago de \$5 en medicamentos de marca</p>	<p>Copago de \$1 en medicamentos genéricos                      Copago de \$5 en medicamentos de marca</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Medicamentos con receta (de un médico)</p> <p>Cubiertos por la Parte B de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copagos para medicamentos cubiertos por la parte B de Medicare considerados DME y utilizados en el hogar cubiertos por Medicaid (es decir, medicamentos para respirar suministrados por un nebulizador)</li> </ul>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p><b>Servicios de atención primaria, especializada y de salud para la mujer</b></p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Cubiertos por WellCare</p>	<p>Copago de \$5 por visita; sin copago para consultas de niño sano, exámenes de detección de plomo o tratamiento, vacunas necesarias, cuidado prenatal o exámenes de Papanicolaou</p>	<p>Copago de \$5 por visita; sin copago para consultas de niño sano, exámenes de detección de plomo o tratamiento, vacunas necesarias, cuidado prenatal o exámenes de Papanicolaou</p>
<p><b>Servicios de enfermería privada</b></p>	<p>Niños menores de 21 años de edad</p>	<p>Niños menores de 21 años</p>	<p>Niños menores de 21 años de edad</p>	<p>Niños menores de 21 años</p>	<p>Niños menores de 21 años</p>
<p><b>Prótesis</b></p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>	<p>Cubierto por WellCare</p>

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
<p>Servicios de radiología (diagnósticos y terapéuticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe recibir sus resultados dentro de las 24 horas en casos de emergencia y atención de urgencia</li> <li>• Debe recibir sus resultados dentro de los 10 días hábiles en casos que no sean de emergencia ni atención de urgencia</li> </ul>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
<p>Servicios de rehabilitación (terapia cognitiva, física, ocupacional y del habla)</p>	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare

Servicio	NJ FamilyCare A y Plan de beneficios alternativo (ABP)	División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ	NJ FamilyCare B	NJ FamilyCare C	NJ FamilyCare D
Exámenes de abuso sexual	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Trastorno por uso de sustancias (SUD)	Cubiertos por FFS	Cubiertos por WellCare con límites	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Transporte - emergencia Aéreo y terrestre	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare	Cubiertos por WellCare
Servicios de transporte sin carácter de emergencia (vehículos de asistencia móvil [mobile assisted vehicle, MAV] y de soporte vital básico sin carácter de emergencia)	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS
Servicios de transporte con vehículos de flota sin carácter de emergencia médica (taxi, autobús, automóvil) • Incluye reembolso de los gastos de millaje	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS	Cubiertos por FFS

### Anteojos y lentes de contacto:

- Puede elegir anteojos (escoja los marcos) o lentes de contacto.
- Los anteojos y los lentes de contacto están cubiertos de la siguiente manera:
  - De 0 a 18 años y a partir de los 60 años pueden recibir anteojos o lentes de contacto
    - ◊ Todos los años, si cambia la receta, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario
  - De 19 a 59 años pueden recibir anteojos o lentes de contacto
    - ◊ Cada 2 años, si cambia la receta, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario.
  - Los lentes de contacto son cubiertos para el primer suministro de lentes de contacto y los costos correspondientes en su totalidad cuando se recetan marcas cubiertas. Cualquier cosa por encima del límite de lentes de contacto de \$100 se pagará del propio bolsillo si no es médicamente necesario. Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, cualquier cosa por encima del límite de \$100 será cubierto, pero necesita autorización previa
  - El período de beneficios comienza el día en que recibe los anteojos o lentes de contacto.

### Beneficios adicionales de WellCare

#### Teléfono móvil GRATIS

Puede obtener un teléfono móvil gratis si tiene un embarazo de alto riesgo o una enfermedad crónica. Esto le ayudará a permanecer en contacto con su administrador de cuidados de la salud de WellCare, sus proveedores y familiares.

Pregúntele a su administrador de cuidados de la salud si califica.

# SERVICIOS NO CUBIERTOS POR WELLCARE O CARGO POR SERVICIO (FFS)

## Servicios no cubiertos

- Todas las reclamaciones que surjan directamente de servicios suministrados por instituciones, o en instituciones, que sean propiedad del gobierno federal u operadas por este, como hospitales de la Administración de Veteranos
- Todos los servicios que no sean médicamente necesarios
- Todos los servicios o suministros entregados por los cuales su proveedor no cobre nada en general
- Cirugía cosmética  
*Excepción: cuando es médicamente necesario y está aprobado*
- Trasplantes de órganos experimentales
- Cuidados de relevo
- Curas de reposo, artículos de comodidad y conveniencia personal, servicios y suministros no relacionados directamente con su cuidado, incluidos, entre otros:
  - Alojamiento y comidas para visitantes
  - Cargos telefónicos
  - Gastos de viaje
  - Suministros para llevarse a su hogar y costos similares*Excepción: Los costos incurridos por los padres acompañantes para una intervención médica fuera del estado están cubiertos bajo los servicios de EPSDT.*
- Los servicios facturados para los cuales los registros de atención médica correspondientes no reflejen de manera adecuada y legible los requisitos del procedimiento descrito o el código de procedimiento utilizado por el proveedor que factura
- Los servicios que impliquen el uso de equipos en centros, cuya compra, alquiler o construcción no haya sido aprobada por las leyes aplicables del estado de New Jersey
- Servicios o elementos entregados por afecciones o lesiones accidentales surgidas o que se produzcan en el curso del empleo, por las cuales haya beneficios disponibles según las disposiciones de cualquier ley de compensación del trabajador, ley de

beneficios por discapacidad temporal, ley de enfermedad ocupacional o legislación similar ya sea que reclame o reciba usted los beneficios, y se obtenga un resarcimiento de un tercero por los daños y perjuicios resultantes

- Servicios o elementos entregados por lesiones o enfermedad ocurrida mientras se encuentre en servicio militar activo
- Servicios o elementos reembolsados al presentarse un estudio de costos donde no haya registros aceptables u otra evidencia para fundamentar los costos supuestamente incurridos o los ingresos beneficiarios disponibles para compensar esos costos; en ausencia de registros financieros, un proveedor puede fundamentar los costos o el ingreso disponible mediante otra evidencia aceptable para la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud
- Los servicios en una institución psiquiátrica para pacientes internados (que no sea un hospital para enfermedades agudas) si tiene menos de 65 años y más de 21 años
- Servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Servicios principalmente para el diagnóstico y el tratamiento para la infertilidad, incluidos:
  - Reversión de esterilización y visitas al consultorio relacionadas (médicas o clínicas)
  - Medicamentos
  - Servicios de laboratorio
  - Servicios de diagnóstico y radiología y procedimientos quirúrgicos
- Servicios suministrados a todas las personas sin cargo; los servicios y elementos suministrados sin cargo a través de programas de otras agencias públicas o voluntarias (por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios para el Adulto Mayor del Estado de New Jersey, la Asociación del Corazón de New Jersey, los Escuadrones de rescate de primeros auxilios, etc.) se usarán tanto como sea posible
- Parte de cualquier beneficio que esté cubierto o se pague según una póliza de seguro de salud, accidentes u otra póliza de seguro (incluidos los beneficios a pagar conforme a las leyes de seguro automotor sin culpa de NJ), cualquier otro sistema de beneficios de salud gubernamental o privado, o a través de responsabilidad similar de terceros, que incluya la disposición del Fondo de sentencias y reclamaciones no satisfechas
- Servicios voluntarios o asistencia informal suministrada por un pariente, amigo, vecino o miembro de su hogar (excepto si se brinda por indicación del participante)

## SERVICIOS CUBIERTOS POR CARGO POR SERVICIO (FFS)

Además de sus servicios de cuidado administrado cubiertos, puede recibir algunos servicios que cubre el programa de Medicaid Cargo por servicio (FFS). Estos servicios aparecen a continuación. Para recibir estos servicios, atiéndase con proveedores que acepten a miembros de Medicaid. No necesitará una remisión de su PCP. (Una remisión es cuando necesitamos aprobar su cuidado antes de que usted lo reciba). Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

### Los servicios incluyen:

- Servicios de aborto médicamente necesarios
- Servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos internados
- Servicios en centros de tratamiento residencial
- Servicios en centro de atención intermedia/discapacidad intelectual
- Servicios a beneficiarios que participan en programas de demostración o exención
- Servicios para trastorno por uso de sustancias (SUD) – costos de diagnóstico, tratamiento y desintoxicación de metadona y su administración
- Transporte que no sea de emergencia con limitaciones
- Exámenes de abuso sexual y pruebas de diagnóstico relacionadas

## CÓMO RECIBIR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Cuando necesite cuidado regular, llame a su PCP (o PCD para servicio dental). Lo enviará a un especialista para realizar pruebas, cuidado especializado y otros servicios cubiertos no realizados por su PCP. Cubriremos este tipo de cuidado.

Si su PCP o PCD no le ofrece un servicio aprobado, pregúntele cómo puede obtenerlo.

### **Autorización previa**

La autorización previa (PA) significa que debemos aprobar un servicio antes de que usted lo pueda recibir. Su PCP, PCD o especialista se comunicará con nosotros para solicitar esta aprobación. Le avisaremos en caso de no aprobar la solicitud. Le comunicaremos sobre nuestro proceso de apelaciones. También le informaremos sobre su derecho a una Audiencia imparcial de Medicaid, si reúne los requisitos, y si no está de acuerdo con nuestra decisión.

### **Los siguientes servicios requieren autorización previa:**

- Alquileres de DME, compras de DME superiores a \$250, aparatos ortopédicos y prótesis superiores a \$500.
- Servicios de atención médica a domicilio
- Procedimientos optativos para pacientes internados
- Admisión de pacientes internados
- Admisiones en un hospital de atención aguda a largo plazo
- Admisiones en centros de rehabilitación para pacientes internados
- Admisiones en un centro de enfermería especializada
- Radiología avanzada
- Pruebas de laboratorio reproductivas y genéticas
- Procedimientos experimentales y de investigación
- Servicios de terapia para pacientes ambulatorios
- Procedimientos selectos para pacientes ambulatorios (contáctese con Servicios para Miembros para saber los procedimientos específicos)
- Procedimientos selectos dentales y de ortodoncia

Tomamos una decisión de PA para servicios que no son de emergencia dentro de los 15 días calendario posteriores a la solicitud, como máximo. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

¿Qué sucede si cambia de un programa de FFS u otro plan de cuidado administrado a WellCare? Si tiene una PA para el cuidado dental, WellCare la aceptará. Emitiremos una nueva PA para los servicios. Esto es cierto también si los servicios no han sido comenzados, salvo que el dentista tratante cambie el plan de tratamiento.

**Esta PA será válida mientras esté activa o durante seis meses, el período que resulte más largo. Esto incluye PA para servicios de ortodoncia previamente aprobados por FFS u otro plan de cuidado administrado. La PA para servicios de ortodoncia será válida siempre que usted:**

- Sea elegible para los servicios mediante WellCare
- No sobrepase el límite de edad para servicios de ortodoncia

**¿Qué sucede si comenzó los servicios en un programa de FFS antes de inscribirse en WellCare? En ese caso, pagaremos los servicios dentales aprobados y comenzados antes de que se uniera a nuestro plan. Los servicios deberán ser completados dentro de los 90 días luego de que usted se uniera a nuestro plan.**

- Estos servicios dentales incluirán coronas (colado, porcelana fundida con metal y cerámica), muñón y perno colado, tratamiento de endodoncia y prótesis fija y extraíble (dentaduras y puentes)
- ¿Qué sucede si comenzó los servicios en FFS, son completados luego del límite de 90 días, pero fueron realizados por un proveedor de la red de WellCare? Cubriremos los códigos y servicios iniciados. El dentista deberá seguir nuestras reglas de PA para cualquier servicio planificado pero no comenzado.
- ¿Qué sucede si comenzó los servicios en FFS, son completados luego del límite de 90 días, pero fueron realizados por un proveedor fuera del plan? WellCare le pagará al proveedor no perteneciente al plan.

Usted o su proveedor puede, en cambio, pedirnos tomar una decisión rápida para una PA. (Las decisiones rápidas se toman en 24 horas). Puede pedirnos esto si usted o su proveedor creen que esperar la decisión puede poner su vida o salud en peligro. Para pedirnos esto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. También puede enviar la solicitud por fax al **1-877-297-3112**.

Es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión rápida. Si es así, decidiremos a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de servicio.



**La autorización previa significa que debemos aprobar un servicio antes de que usted lo pueda recibir.**

### Servicios disponibles sin autorización

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

- Compras de DME inferiores a \$250, aparatos ortopédicos y prótesis inferiores a \$500
- Servicios de cuidado de emergencia y cuidado urgente
- Servicios de transporte de emergencia
- Servicios de observación
- Pruebas de laboratorio de rutina
- Diálisis
- Atención médica para pacientes terminales
- Visitas al consultorio de especialistas de la red
- Servicios dentales de emergencia y de rutina
- Servicios de radiología de rutina
- Procedimientos selectos para pacientes ambulatorios (contáctese con Servicios para Miembros para saber los procedimientos específicos)

A pesar de que usted no necesita aprobación para estos servicios, tendrá que elegir un proveedor de la red. Consulte su Directorio de proveedores para elegir uno. También puede usar la herramienta *Find a Provider (Encontrar un proveedor)* en **[www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider)**. Cuando realice su elección, llámelo para concertar una cita. Usted debe tener su tarjeta de ID durante su visita.



Usted o su especialista/PCP pueden, en cambio, pedirnos tomar una decisión rápida para una PA. (Las decisiones rápidas se toman en 24 horas). Puede pedirnos esto si usted o su especialista/PCP creen que esperar la decisión puede poner su vida o salud en peligro.

No necesita remisiones para recibir servicios de Planificación familiar. También puede recibir estos servicios en un Centro de salud con calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o de un proveedor de Medicaid fuera de la red.

El programa FFS cubrirá el costo de estos servicios.

## Servicios de proveedores fuera de nuestra red

En ocasiones, un proveedor de la red no ofrece el servicio que necesita.

Si esto sucede, su PCP o PCD trabajará con nosotros para que usted reciba ese servicio. Lo cubriremos fuera de la red. (Puede necesitarse aprobación previa). Nos aseguraremos también de que el costo para usted (el copago si tiene uno) no sea mayor del que sería si los servicios fueran suministrados por un proveedor de la red.

¿Utiliza un proveedor fuera de la red que cree que ofrece un mejor servicio para sus necesidades médicas o dentales? Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar que se agregue a este proveedor a nuestra red. También, el proveedor puede contactarse con nosotros para solicitar unirse a nuestra red, en [www.wellcare.com/New-Jersey/Become-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Become-a-Provider).

## Administración de la utilización

Los planes de salud suelen usar administración de la utilización (Utilization Management, UM). La Administración de la Utilización se asegura de que los miembros reciban el cuidado adecuado donde corresponde. Ayuda a manejar los costos al mismo tiempo que prestamos atención médica de calidad. Nuestro programa de UM consta de cuatro partes:

- Autorización previa: Recibir nuestra aprobación antes de recibir un servicio
- Revisiones prospectivas: Antes de que usted reciba un cuidado, nos aseguramos de que este sea adecuado para usted
- Revisiones concurrentes: Revisamos su cuidado a medida que lo recibe para comprobar si usted se vería beneficiado por otra cosa
- Revisiones retrospectivas: Averiguamos si el cuidado que recibió fue apropiado

**En ocasiones no podemos aprobar la cobertura para servicios o cuidados. Nuestro Director médico toma estas decisiones. Usted debe saber:**

- 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

¿Padece usted una afección crónica? Podría ser capaz de obtener una aprobación para ver a un proveedor fuera de la red que trate su afección. El especialista deberá mantener informado a su PCP sobre su cuidado. Esto se hará a través de anotaciones sobre el avance o informes de consulta. Solo cubrirá el cuidado relacionado con su afección crónica. Deberá ver a su PCP para todo el resto del tratamiento médico.

La autorización no garantiza que usted sea elegible para los servicios. El proveedor debe verificar todos los meses que usted reúne los requisitos.

Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre nuestro programa de UM. Llame al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

### **Segunda opinión médica o dental**

Si desea una segunda opinión sobre su cuidado, consulte a su PCP o PCD. Le pedirá que escoja otro proveedor de la red en su área. Si no puede encontrar uno, puede elegir un proveedor que no pertenezca a nuestra red pidiendo una autorización previa. Sin la aprobación, podría tener que pagar por estos servicios. Usted deberá acudir a un proveedor de nuestra red para cualquier prueba que solicite el proveedor de la segunda opinión.

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

Usted no necesita una PA o remisión a cualquier dentista o especialista dental en la red de WellCare. El procedimiento para obtener una segunda opinión dental es el mismo que el requerido para segundas opiniones médicas.

### **Cuidado fuera del horario de atención**

¿Qué sucede si se enferma o se lesiona cuando el consultorio de su PCP está cerrado? Si no se trata de una emergencia, llame de inmediato a su PCP. El número está en su tarjeta de ID.

Su PCP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su PCP u otro proveedor lo llamarán y le dirá qué hacer. Usted puede acudir a un centro de cuidado urgente si no puede comunicarse con el consultorio de su PCP. Usted no necesita autorización previa para ir a un centro de cuidado urgente o la sala de emergencias. Si decide ir, llame al consultorio de su PCP al día siguiente para el cuidado de seguimiento. En caso de emergencia puede atenderse fuera de la red.

Para emergencias dentales, como dolores, inflamación o sangrado en la boca, o si pierde un diente, llame primero a su dentista.

### **Cuidado de emergencia**

**Una emergencia médica significa que usted cree que su salud está en grave peligro.**

**Una emergencia podría causar:**

- Lesión corporal
- Lesiones a usted u otras personas
- Daño a usted u otras personas debido al abuso de alcohol o de drogas
- Daño a un órgano u otra parte del cuerpo
- Daño a su salud (esto incluye a una mujer embarazada y su bebé por nacer)

### ¿Está embarazada? Puede ser una emergencia si cree:

- Que comenzó el trabajo de parto
- Que ir a otro hospital podría causar daños a usted y a su bebé
- Que no hay tiempo para ir al hospital regular de su proveedor

### Ejemplos de emergencias incluyen:

- Fracturas de huesos o cortes que requieren puntos
- Envenenamiento
- Ataque cardíaco o dolores fuertes en el pecho
- Pérdida abundante de sangre
- Falta de aire
- Pérdida de consciencia

En caso de emergencia, llame al **911**, o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. ¿Qué hacer si no se está seguro de tener una emergencia? Llame a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1-800-919-8807 (TTY 711)** o a su PCP. Usted no necesita aprobación previa para recibir atención de emergencia en ningún centro de cuidado urgente o sala de emergencias, ya sea dentro o fuera de la red. Cubriremos este tipo de cuidado. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Muestre su tarjeta de ID de WellCare en la sala de emergencias. Solicite al personal que nos llame. El proveedor de la sala de emergencias decidirá si es realmente una emergencia. Por favor infórmele a su PCP cuando esté en el hospital. Hágalo lo antes posible. También infórmele si recibe cuidado en un centro de cuidado urgente o ER.

Pagaremos todos los servicios relacionados con un examen de detección. No rechazaremos una reclamación por un examen de detección de emergencia que hubiera parecido una emergencia para una persona normal pero se considerara más tarde como no de emergencia.

## Atención de necesidades especiales

Ofrecemos servicios de administración de cuidado para niños y adultos con necesidades especiales de atención médica. Nuestros Programas de administración de cuidado se ofrecen a miembros que:

- Estén confinados a su hogar: Los administradores de cuidados de la salud facilitarán el acceso a miembros confinados a su hogar a servicios de vacunación al conectar al miembro a la comunidad y/o recursos basados en WellCare para vacunaciones requeridas. Ellos coordinarán servicios de salud ofrecidos en todos los escenarios de cuidados, incluso el hogar, la clínica y la oficina.
- Necesitan ayuda para recibir o usar servicios
- Tienen condiciones de salud a largo plazo o complejas. Esto incluye condiciones como asma, diabetes, VIH/SIDA y embarazos de alto riesgo

Nuestros administradores de cuidado de la salud están capacitados para ayudarlo a usted, a su familia y a su PCP. Ayudarán a coordinar los servicios que pueda necesitar para controlar su enfermedad. Esto incluye remisiones a centros de cuidado especial. Queremos que usted sepa cómo cuidarse y mantener una buena salud.

**Nuestros Programas de administración de cuidado de la salud le ofrecen los servicios de un administrador de cuidado de la salud y de otro personal de contacto. Ellos trabajarán personalmente con usted para ayudar a coordinar sus necesidades de atención médica. Para hacerlo, ellos:**

- Posiblemente le hagan 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 saber cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios, incluidos los recursos locales

Se examina a todos los miembros nuevos (excepto miembros de DDD y del Programa de control y prevención de la diabetes [Diabetes Control and Prevention Program, DCP&P]) con una Herramienta de examen de detección de salud inicial. Esto se usa para ver si usted tiene necesidades de salud física o del comportamiento que requieran de un tratamiento inmediato. También verificaremos si necesita un examen de detección más minucioso. Ese examen de evaluación se llama Evaluación de necesidades integrales. A los miembros de DDD y DCP&P se les hará una Evaluación de necesidades integrales.



Sus necesidades especiales se identificarán a través de una Evaluación de necesidades integrales que le haremos. Dentro de los 30 días de esta evaluación, trabajaremos con usted para diseñar un plan de cuidado.

**Usted puede ser contactado sobre la administración de cuidado si:**

- Usted solicita estos servicios
- Su PCP desea que usted sea incluido en un programa de administración de cuidado
- Consideramos que usted cumple los requisitos para uno de nuestros programas de administración de cuidado

¿Qué hacemos con los resultados de su Evaluación de necesidades integrales? Decidimos el cuidado de la atención médica y del comportamiento que usted pueda necesitar. Esto puede incluir el cuidado de especialistas, equipos médicos duraderos, suministros médicos, servicios de atención médica a domicilio y servicios sociales.

Se desarrollará un plan de cuidado para usted. El plan se basará en las necesidades que se encuentren a través de la Evaluación de necesidades integrales o la Evaluación de elección de NJ. Eso asegurará que se cumplan todas sus necesidades.

Hable con su PCP acerca de estos servicios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## Niños con necesidades de atención médica especiales

El equipo de Administración del cuidado ofrece servicios a niños con necesidades de atención médica especiales. Los servicios pueden incluir:

- Atención psiquiátrica y asesoramiento para el trastorno por uso de sustancias (SUD) para miembros de DDD
- Medicamentos
- Intervención en crisis
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Administración de cuidado intensivo para garantizar que se sigan los planes de tratamiento

El equipo de Administración de cuidado también brinda educación y coordina otros tipos de cuidado. Estos incluyen:

- Atención preventiva del niño sano
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Cuidado de especialistas
- Estrategias de intervención y diagnóstico
- Terapias a domicilio
- Servicios auxiliares continuos
- Administración a largo plazo de complicaciones médicas continuas

## Cuidado de emergencia fuera del área

Cuando usted se enferma o se lesiona, es importante que reciba cuidado, aun cuando viaja. Si usted se enferma o se lesiona mientras está de viaje, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono sin cargo es **1-888-453-2534** (TTY **711**). Estos números se encuentran en el reverso de su tarjeta de ID.

Vaya al hospital más cercano si tiene una emergencia mientras está de viaje. No importa si no está en nuestra área de servicio. Muestre su tarjeta de ID. Llame a su PCP o PCD tan pronto como pueda. También solicite al personal del hospital que nos llame. Les podemos decir cómo presentar su reclamación.

### Atención posterior a la estabilización

Es fundamental que reciba cuidado hasta que su condición se estabilice. Pagaremos el cuidado que reciba después de su visita a la ER. Esto se denomina atención posterior a la estabilización. No necesita una aprobación previa. Este cuidado debe mantener, mejorar o solucionar su afección médica.

### Tratamiento de menores de edad

WellCare brindará cuidados a miembros menores de 18 años, en cumplimiento de todas las leyes aplicables.

Se brinda tratamiento cuando lo solicita el padre del menor de edad, o quien sea legalmente responsable por el cuidado médico del menor de edad. La ley de New Jersey permite a los menores de edad tomar decisiones de atención médica por sí mismos, en algunos casos.

#### Permitiremos el tratamiento sin consentimiento del padre o tutor en los siguientes casos:

- Cuando los menores acuden a una sala de emergencias por tratamiento y ese tratamiento se administra debido a una afección médica de emergencia. El menor recibirá tratamiento sin consentimiento de los padres.
- Cuando los menores desean servicios de planificación familiar, atención de maternidad o servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted diseases, STD). Estos servicios se brindarán según sea médicamente necesario sin consentimiento de los padres.
- Cuando necesiten tratamiento menores de edad que vivan solos y tengan su propio número de ID de Medicaid como jefes de su propia familia.

### Cuidado urgente

Diríjase a un centro de cuidado urgente para una afección que no sea una emergencia pero que necesite tratamiento dentro de las 24 horas. Estas afecciones incluyen:

- Lesiones
- Síntomas similares a la gripe y otra enfermedad
- Dolor intenso

Si no está seguro de si necesita cuidado urgente, llame a su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería al **1-800-919-8807 (TTY 711)**.



Los servicios de los centros de cuidado urgente no requieren aprobación previa. No necesita visitar a un proveedor de la red para cuidado urgente. En el centro de cuidado urgente, deberá mostrar su tarjeta de ID de WellCare.

También solicite al personal del centro de cuidado urgente que nos llame. Si usted recibe cuidado en un centro de cuidado urgente, informe a su PCP para que le pueda proporcionar cuidado de seguimiento.

Recuerde que también puede acudir a un centro de cuidado urgente cuando viaje fuera del estado.

## Cuidado durante el embarazo y cuidado del recién nacido

Cuidarse a sí misma en el embarazo la ayudará a usted y a su futuro bebé a mantenerse saludables. Si está embarazada, deberá acudir a su PCP dentro de los 3 días a 3 semanas de su inscripción en nuestro plan. (Esto depende de sus factores de riesgo y del estado de su embarazo).

Consulte la página 18 de este manual para ver el cronograma del programa prenatal. Asegúrese de acudir a todas sus citas prenatales y posparto (después del nacimiento). Servicios para Miembros puede ayudarle a concertar estas citas. Solo llámenos al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Infórmenos cuando quede embarazada. Podemos brindarle información sobre el nacimiento y el cuidado de su bebé. Podemos inscribirla también en nuestro Programa de recompensas saludables.

### A continuación, otros aspectos que debe tener en cuenta:

- Si usted tiene un bebé mientras es miembro de WellCare, el niño tendrá cobertura hasta 60 días después de su nacimiento.
- Debe llamar a su Agencia de bienestar social del condado para recibir un número de ID de Medicaid para su bebé. Debe hacer esto dentro de los 60 días del nacimiento de su bebé. Llámenos para darnos este número.
- Deberá elegir un PCP para su bebé. Esto permite que su bebé reciba las vacunas y los controles necesarios. Debe hacerlo antes de que el niño nazca. Si no lo hace, elegiremos uno por usted.

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

El programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) es un programa de nutrición. Es para mujeres (embarazadas y que hayan sido madres recientemente), bebés y niños. El programa proporciona:

- Educación nutricional
- 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 sobre WIC. Llame a su agencia WIC local para consultar si usted es elegible para registrarse en este programa. Deberá concertar una cita para hablar con ellos. Necesitará un comprobante de residencia en New Jersey y de sus ingresos.

Región	Nombre de la agencia	Área de servicio
<b>Norte</b>	<b>St. Joseph’s WIC Program</b> <b>185 Sixth Ave.</b> <b>Paterson, NJ 07524</b> <b>1-973-754-4575</b> <b>Correo electrónico: wic@sjhmc.org</b>	Condados de Bergen, Morris y Passaic (excepto la ciudad de Passaic – ver siguiente)
	<b>Passaic WIC Program</b> <b>333 Passaic St.</b> <b>Passaic, NJ 07055</b> <b>1-973-365-5620</b> <b>Correo electrónico: passaicwic@</b> <b>cityofpassaicnj.gov</b>	Ciudad de Passaic
	<b>North Hudson WIC Program</b> <b>407 39<sup>th</sup> St.</b> <b>Union City, NJ 07087</b> <b>1-201-866-4700</b> <b>Correo electrónico:</b> <b>klazarowitz@nhcac.org</b> <b>Correo electrónico:</b> <b>rlavagnino@nhcac.org</b>	Condado de Hudson (excepto Bayonne y Jersey City – ver siguiente)
	<b>Jersey City WIC Program</b> <b>199 Summit Ave.</b> <b>Suite A2</b> <b>Jersey City, NJ 07304</b> <b>1-201-547-6842</b> <b>Correo electrónico: help@JCWIC.org</b>	Bayonne y Jersey City

<b>Región</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Área de servicio</b>
<b>Norte (continuación)</b>	<b>East Orange WIC Program</b> 185 Central Ave. Suites 505 & 507 East Orange, NJ 07018 1-973-395-8960 Correo electrónico: Chesney.blue@eastorange-nj.gov	Condado de Essex: Belleville, Bloomfield, Caldwell, Cedar Grove, East Orange, Essex Falls, Fairfield, Glen Ridge, Livingston, Millburn, Montclair, North Caldwell, Nutley, Orange, Roseland, South Orange, Verona, West Caldwell y West Orange
	<b>Newark WIC Program</b> 110 Williams St. Newark, NJ 07102 1-973-733-7628 Correo electrónico: cummingsp@ci.newark.nj.us	Condado de Essex: Belleville, Bloomfield, East Orange, Irvington, Maplewood, Newark, Orange y South Orange
	<b>Rutgers - NJMS WIC Program</b> <b>UMDNJ WIC Program Stanley Bergen</b> Bld. (GA-06) 65 Bergen Ave. Newark, NJ 07107 1-973-972-3416	Condado de Essex: Irvington y Newark (también abierto para residentes de NJ que reciban tratamiento en UMDNJ)
<b>Central</b>	<b>Trinitas WIC Program</b> 40 Parker Road Elizabeth, NJ 07208 1-908-994-5141 Correo electrónico: aotokiti@trinitas.org	Condado de Union (excepto la ciudad de Plainfield – ver siguiente)
	<b>Plainfield WIC Program</b> 510 Watchung Ave. Plainfield, NJ 07060 1-908-753-3397 Correo electrónico: prema.achari@plainfieldnj.gov	Ciudad de Plainfield

Región	Nombre de la agencia	Área de servicio
Central (continuación)	<b>NORWESCAP WIC Program</b> 350 Marshall St. Phillipsburg, NJ 08865 1-908-454-1210 1-800-527-0125 Correo electrónico: quinnn@norwescap.org	Condados de Hunterdon, Somerset, Sussex y Warren (excepto Franklin Township – ver siguiente)
	<b>VNA of Central Jersey WIC Program</b> 888 Main St. Belford, NJ 07718 1-732-471-9301 Correo electrónico: Robin. McRoberrts@vnacj.org	Condado de Middlesex y Monmouth y Franklin Township en el condado de Somerset
	<b>The Children’s Home Society of NJ’s                      Mercer WIC Program</b> 416 Bellevue Ave. Trenton, NJ 08618 1-609-498-7755 Sitio web: www.chsofnj.org Correo electrónico: jmartin@chsofnj.org	Condado de Mercer
	<b>Ocean County WIC Program</b> 175 Sunset Ave. P.O. Box 2191 Toms River, NJ 08754 1-732-341-9700, ext. 7520 Correo electrónico: megmccarthy@ochd.org	Condado de Ocean
Sur	<b>Burlington County WIC Program</b> Raphael Meadow Health Center 15 Pioneer Blvd. P.O. Box 6000 Westampton, NJ 08060 1-609-267-4304 Correo electrónico: ddas@co.burlington.nj.us	Condado de Burlington

Región	Nombre de la agencia	Área de servicio
Sur (continuación)	<b>Gateway CAP</b> <b>10 Washington St.</b> <b>Bridgeton, NJ 08302</b> <b>1-856-451-5600</b> <b>Correo electrónico:</b> <b>tricity_WIC@gatewaycap.org</b>	Condados de Camden, Cape May, Cumberland y Salem
	<b>Gloucester County WIC Program</b> <b>204 E. Holly Ave. Sewell, NJ 08080</b> <b>1-856-218-4116</b> <b>Correo electrónico:</b> <b>kmahmoud@co.gloucester.nj.us</b>	Condado de Gloucester

Para obtener más información sobre WIC:

- Llame a la oficina de NJ WIC del estado al **1-609-292-9560**
- Llame a nuestra línea de remisiones de WIC las 24 horas al **1-800-328-3838**
- Ingrese en el sitio web de NJ WIC [www.state.nj.us/health/fhs/wic/index.shtml](http://www.state.nj.us/health/fhs/wic/index.shtml)

## Cuidado Dental

El cuidado dental es tan fundamental como otros cuidados médicos. Debe consultar al dentista al menos una vez cada 6 meses. Concierte una cita con su dentista apenas se inscriba en nuestro plan. También es crucial seguir el plan de tratamiento de su dentista. Con Liberty Dental Plan, un dentista de cuidado primario (PCD) coordinará su cuidado dental. Tiene 30 días para contactarse con Liberty Dental Plan para elegir un PCD. Si no elige a un dentista dentro de 30 días, Liberty Dental Plan le asignará un dentista según su domicilio.

Consulte el Directorio de proveedores para encontrar un dentista en su área. También puede buscar uno con la herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) en [www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider).

También puede encontrar a un dentista para su hijo en [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov). También puede usar nuestro Directorio de proveedores para encontrar un dentista pediátrico de nuestra red. Puede usar la herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) en [www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider). Si desea una copia impresa del Directorio de Proveedores, llame a Servicios para Miembros. También podemos ayudar a concertar una cita. Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY 711).

Atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

El directorio de New Jersey Smiles también se encuentra en nuestro sitio web. Puede encontrarlo en la sección *Dental Providers for Children* (Proveedores dentales para niños) del sitio web en [www.wellcare.com/en/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare](http://www.wellcare.com/en/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare), desplácese hacia abajo en la página web y encontrará el directorio. Este directorio cuenta con dentistas que participan con WellCare para niños de 6 años y menores.

Los niños deben visitar un dentista general que trata a niños menores o a un dentista pediátrico para que les realice una evaluación antes de su primer cumpleaños o cuando aparezca el primer diente. Cuidar los dientes del bebé ayuda a asegurar el futuro de la salud dental de su hijo.

¿Qué sucede si necesita un servicio pero no sabe si es más médico que dental? Puede pedirle ayuda a su PCP o proveedor dental. (Por ejemplo, si necesita cirugía por fractura de mandíbula). Este podrá explicarle la diferencia. Le informará si necesita aprobación previa para el tratamiento.

**Para los siguientes servicios no se necesita autorización previa:**

- Evaluación oral: 1 cada 6 meses
- Profilaxis: 1 cada 6 meses
- Tratamientos de fluoruro: 1 cada 6 meses
- Selladores: cubiertos para miembros menores de 16 años molares permanentes y bicúspides
- Servicios de restauración: empastes plateados o color del diente
- Extracciones simples
- Están disponibles los servicios preventivos y de diagnóstico adicionales a miembros con necesidades especiales con documentación de necesidad médica.

Algunos servicios dentales requieren autorización previa. Pregúntele a su dentista si su tratamiento necesita aprobación previa. Pregúntele a su dentista o higienista dental cómo ayudar a sus hijos a mantener sus dientes limpios.

## Emergencia dental

Una emergencia dental puede incluir dolor de dientes, hinchazón facial, trauma facial, pérdida de piezas dentales, fractura de mandíbula, hemorragia no controlada o dolor en la boca. Póngase en contacto con su dentista de cuidado primario si cree tener una emergencia dental. Si no se puede comunicar con su dentista de cuidado primario o no

sabe quién es, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Si está fuera del área de servicios, puede acudir a cualquier dentista para atención de emergencia para aliviar el dolor, tratar una infección o estabilizar un trauma oral. No necesita una remisión para recibir servicios de emergencia dental. Muestre su tarjeta de ID WellCare para acceder a estos servicios.

También puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento al **1-800-919-8807** (TTY **711**) para recibir ayuda con el cuidado dental urgente. Ellos pueden ayudarlo si no tiene un dentista de cuidado primario.

### Las afecciones dentales urgentes pueden incluir:

- Dientes rotos
- Dentadura rota
- Dificultades con la dentición (dientes permanentes o de leche)
- Pérdida de empaste o corona
- Hinchazón facial

Llame a su dentista de cuidado primario o la Línea de asesoramiento de enfermería si no tiene un dentista de cuidado primario o si no está seguro de tener una afección dental urgente.

Solo un dentista dentro de la red cubriría el cuidado completo. No necesita remisión para cuidado de emergencia para alivio del dolor. Los servicios que necesitan aprobación previa deben cumplir con las pautas del Plan. No necesita remisión para el cuidado de emergencia para aliviar el dolor, tratar una infección o estabilizar un trauma oral o dental.

Todos deben visitar al dentista cada 6 meses para un examen y una limpieza dental. Usted debe completar el cuidado de seguimiento que recomiende su dentista y acudir a las citas. Usted debe realizar higiene oral diaria como le recomiende su dentista o higienista dental.



### Consejos para la salud dental:

- Cepillarse los dientes
- Use el hilo dental al menos una vez al día
- Visite a su dentista con regularidad
- Complete todo el tratamiento necesario. ¡El cuidado de seguimiento es importante!

## Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar son un beneficio cubierto. Algunos de los servicios cubiertos incluyen:

- Asesoramiento o recetas para el control de la natalidad
- Un examen mamario para descartar cáncer de mama
- Asesoramiento y pruebas genéticas
- Prueba de VIH/SIDA
- Esterilización
- Exámenes pélvicos
- Pruebas de embarazo

Usted puede elegir dónde recibir estos servicios. Solo necesita su tarjeta de ID WellCare.

Para elegir un proveedor de nuestra red, busque en nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. También puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de FFS que no está en nuestra red. Usted debe mostrar su tarjeta de ID de Beneficios de Salud de New Jersey (HBID), pero no necesita una remisión.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. en caso de que tenga preguntas.

## Formularios de consentimiento para histerectomía y esterilización

Puede elegir someterse a una cirugía que le impedirá tener hijos. El proveedor le deberá explicar totalmente sobre la cirugía y sus resultados. Esto se aplica a hombres y mujeres.

Algunos procedimientos incluyen:

- Ligadura de trompas (trompas atadas)
- Vasectomía
- Histerectomía

Usted deberá firmar un formulario antes de someterse a la cirugía. El formulario indica que usted entiende que la cirugía es permanente. También establece que su proveedor le informó sobre los numerosos tipos de métodos anticonceptivos no permanentes disponibles para usted y ha respondido todas sus preguntas. El formulario también indica que la decisión de esterilizarse es totalmente suya.

¿Qué sucede si no desea la cirugía o si cambia de idea? No perderá los beneficios o servicios de salud suministrados. Se debe firmar el formulario al menos 30 días antes de la cirugía.

**El formulario no es necesario en dos instancias:**

- Si tiene una emergencia médica y necesita la cirugía de inmediato
- Si usted ya es estéril. Por ejemplo, una mujer que ha pasado por la menopausia y necesita una histerectomía

Un traductor deberá ayudarlo si el inglés no es su idioma materno.

### **Cuidado de la salud del comportamiento – solo miembros de DDD**

Suministramos servicios de salud del comportamiento a los miembros del programa de la División de discapacidades de desarrollo (DDD) de NJ.

Estamos aquí para ayudarlo cada vez que crea necesitar atención médica del comportamiento. Esto incluye el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD) y servicios de salud mental en atención hospitalaria y ambulatoria. Tenemos varias maneras de ayudarlo a encontrar un proveedor de salud del comportamiento.

- Use la herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) en **[www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider)**
- Consulte su directorio de proveedores
- Llámenos al **1-888-453-2534 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

### **Qué hacer si necesita ayuda**

Llámenos si tiene cualquiera de las sensaciones indicadas a continuación. Le daremos los nombres y números de teléfono de los proveedores que pueden ayudarlo.

- Sensación de tristeza continua
- Sentimiento de desesperanza y/o desamparo
- Sentimientos de culpabilidad o desvalorización
- Problemas para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida o aumento de peso
- Falta de interés en cosas que le agradan
- Problemas para prestar atención
- Tiene dolor de cabeza, estómago o espalda y su proveedor no ha descubierto la causa
- Problemas de alcohol, drogas o medicamentos con receta
- Abuso/adicción o uso indebido de los medicamentos con receta

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

¿Cree usted que su salud está en riesgo? ¿Cree que usted es un peligro para sí mismo o para otras personas? Llame al **911** o vaya al hospital más cercano si lo cree. No necesita una aprobación previa para una emergencia de salud del comportamiento.

Un proveedor puede considerar que usted necesita más cuidado después de su visita a la sala de emergencias. Puede creer que este cuidado podría estabilizar, mejorar o resolver su problema de salud. Cubriremos este tipo de cuidado. Haga un seguimiento con su PCP dentro de las 24 a 48 horas de abandonar el hospital.

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



Asegúrese de leer la sección *Cuidado de emergencia* de este manual. Contiene más información sobre lo que debe hacer en caso de emergencia.

## Cuidado de la salud del comportamiento – no miembros de DDD

Si no pertenece al programa de DDD, recibirá su cuidado de la salud del comportamiento ambulatorio (trastornos por uso de sustancias y salud mental) a través de FFS. Usted no necesita remisión de su PCP para visitar a un proveedor de salud del comportamiento.

**Si tiene 18 años de edad o más y necesita atención médica del comportamiento:**

- Llame a su PCP o psiquiatra
- Visite o llame a la oficina local de MACC para obtener ayuda con las citas de salud del comportamiento
- Comuníquese con la Línea directa de servicios para adicciones de New Jersey al **1-844-276-2777**. Una Entidad de Administración Provisoria designada por el estado es un lugar de ingreso para servicios y preguntas sobre el trastorno por uso de sustancias (SUD).

**Para la atención médica del comportamiento en niños menores de 18 años de edad:**

- Llame a New Jersey Children's System of Care al **1-877-652-7624**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-294-4356**.

Si tiene una situación de crisis después del horario de atención y necesita ayuda, llame en cualquier momento a la línea para crisis de salud del comportamiento al **1-800-411-6485**.

Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo. Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Un miembro del equipo le ayudará a responder las preguntas que pueda tener sobre estos servicios.

### **Programa de Administración de enfermedades**

WellCare tiene un Programa de mejora de cuidado crónico/Administración de enfermedades (Disease Management/Chronic Care Improvement Program, DM/CCIP). El programa ayuda a los miembros (y a sus cuidadores) con problemas de salud a largo plazo. Los miembros del programa reciben información y capacitación sobre la salud. Esto lo ayuda a tomar buenas decisiones y controlar sus afecciones. Esto lo ayudará a mejorar su salud y calidad de vida.

El programa se ofrece a nuestros miembros que padezcan las afecciones que se mencionan a continuación. Los miembros del programa reciben los servicios de un equipo de enfermeros registrados y profesionales de la salud.

Cuando se inscriba en el programa, recibirá cartas de bienvenida y aprenderá sobre cómo recibir más ayuda y servicios. También se le informará cómo puede abandonar el programa si así lo decide.

Usted trabajará con un Administrador de Cuidados para crear un plan de cuidado. El plan de cuidado diseña los pasos que lo ayudan a alcanzar sus objetivos de atención médica. Incluye el aporte de su PCP y de especialistas. Si el miembro es menor de edad, recibiremos el aporte del cuidador del miembro. Este programa es voluntario. Un proveedor puede referirlo al programa o usted puede hacerlo por sí mismo. Si está inscrito en el programa, puede abandonarlo en cualquier momento.

Los temas que trata el programa incluyen los siguientes:

Enfermedad	Temas cubiertos
<b>Asma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo entender el asma</li> <li>• Cómo evitar los desencadenantes</li> <li>• Maneras de autocontrol del asma               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso del medidor de flujo máximo</li> <li>- Cómo usar un inhalador</li> <li>- Seguimiento de un plan de acción para el asma</li> </ul> </li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> <li>• Asesoramiento sobre la manera correcta de usar medicamentos de control</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Cómo mantener la salud general               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento regular con los proveedores</li> <li>- Recursos y herramientas para el asma</li> </ul> </li> <li>• Uso del equipo médico duradero según sea necesario</li> </ul>
<b>Diabetes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo entender la diabetes, incluida la necesidad de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pruebas para medir su nivel promedio de azúcar en sangre</li> <li>- Realizar la prueba de colesterol</li> <li>- Necesidad de examen de visión anual</li> <li>- Control de la presión arterial</li> <li>- Control de enfermedad renal</li> </ul> </li> <li>• Síntomas y tratamiento de nivel alto y bajo de azúcar en sangre</li> <li>• Orientación nutricional               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de objetivos de alimentación saludable</li> <li>- Importancia de la planificación de las comidas</li> </ul> </li> <li>• Actividad física</li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> </ul>

Enfermedad	Temas cubiertos
<b>Diabetes (Continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo mantener la salud general               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan para días de enfermedad</li> <li>- Exámenes de detección preventiva de la diabetes</li> <li>- Recursos y herramientas para la diabetes</li> </ul> </li> <li>• Suministro del equipo médico duradero según sea necesario               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de glucosa en sangre – glucómetros</li> <li>- Balanzas</li> <li>- Tensiómetros</li> </ul> </li> </ul>
<b>Enfermedad coronaria (CAD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión de la enfermedad coronaria (coronary artery disease, CAD), incluida la necesidad de exámenes de detección del colesterol</li> <li>• Síntomas y tratamiento de la CAD</li> <li>• Orientación nutricional               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de objetivos de alimentación saludable</li> <li>- Seguir una dieta baja en sales</li> </ul> </li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> <li>• Actividad física               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejos para mantenerse activo</li> </ul> </li> <li>• Cómo mantener la salud general               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento regular con los proveedores</li> <li>- Control de los factores de riesgo                   <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Fumar</li> <li>◇ Colesterol</li> <li>◇ Presión arterial</li> <li>◇ Estrés</li> </ul> </li> <li>- Recursos y herramientas para la CAD</li> </ul> </li> <li>• Equipo médico duradero según sea necesario               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensiómetros</li> <li>- Balanzas</li> </ul> </li> </ul>

Enfermedad	Temas cubiertos
<p><b>Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo entender la insuficiencia cardíaca congestiva (congestive heart failure, CHF)</li> <li>• Síntomas y tratamiento de la CHF</li> <li>• Orientación nutricional               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de objetivos de alimentación saludable</li> <li>- Seguir una dieta baja en sodio</li> </ul> </li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> <li>• Evaluación y asesoramiento sobre el uso correcto de los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (inhibidores ACE) y bloqueadores del receptor de angiotensina II (angiotensin receptor blockers, ARB)</li> <li>• Actividad física               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejos para mantenerse activo</li> </ul> </li> <li>• Cómo mantener la salud general               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento regular con los proveedores</li> <li>- Recursos y herramientas para la CHF</li> </ul> </li> <li>• Equipo médico duradero según sea necesario               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balanzas</li> <li>- Tensiómetros</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo entender la COPD</li> <li>• Cómo evitar los desencadenantes</li> <li>• Autocontrol               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo usar un inhalador</li> </ul> </li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> <li>• Cómo tomar medicamentos de control</li> <li>• Cómo mantener la salud general               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento regular con los proveedores</li> <li>- Dejar de fumar</li> <li>- Recursos y herramientas para la COPD</li> </ul> </li> <li>• Equipo médico duradero según sea necesario               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxígeno</li> </ul> </li> </ul>

Enfermedad	Temas cubiertos
<b>Presión arterial alta (hipertensión)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo entender la presión arterial</li> <li>• Tratamiento de la presión arterial alta</li> <li>• Orientación nutricional                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de objetivos de alimentación saludable</li> </ul> </li> <li>• Tomar los medicamentos según lo recetado</li> <li>• Actividad física                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejos para mantenerse activo</li> </ul> </li> <li>• Cómo mantener la salud general                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento regular con los proveedores</li> <li>- Control de los factores de riesgo                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ Fumar</li> <li>◊ Estrés</li> </ul> </li> <li>- Herramientas para controlar la presión arterial alta</li> </ul> </li> <li>• Equipo médico duradero según sea necesario</li> <li>• Tensiómetros</li> <li>• Balanzas</li> </ul>
<b>Programas para dejar de fumar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre sus desencadenantes del hábito de fumar</li> <li>• Cómo prepararse para dejar de fumar</li> <li>• Plan para dejar de fumar</li> <li>• Métodos para dejar de fumar</li> <li>• Reemplazo de la nicotina</li> <li>• Cómo encontrar apoyo</li> <li>• Cómo pasar el síndrome de abstinencia</li> <li>• Cómo mantenerse alejado del hábito</li> </ul>
<b>Control del peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo prepararse para perder peso</li> <li>• Objetivos para la pérdida de peso</li> <li>• Plan de control de peso</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Actividad física</li> </ul>

¿Desea aprender más sobre este programa? Llame al Administrador de Enfermedades en cualquier momento al **1-877-393-3090** (TTY **711**).

## Medicamentos con receta

Recibirá recetas de los proveedores del Plan. Puede ir a cualquier farmacia de la red para abastecerlas.

Nuestro Directorio de proveedores indica las farmacias de nuestro plan de salud. También puede usar la herramienta *Find a Provider* (Encontrar un proveedor) para buscar una farmacia de la red en **[www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Find-a-Provider)**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Es probable que en la farmacia deba presentar su tarjeta de ID para recoger los medicamentos con receta. Algunos de los medicamentos cubiertos, incluidos los medicamentos de venta libre, podrían requerir un copago. Consulte la sección *Servicios Cubiertos por WellCare* para obtener más información.



No olvide consultar a su proveedor y farmacéutico sobre medicamentos genéricos.

Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca. Contienen los mismos ingredientes activos, pero habitualmente cuestan menos. A veces, su proveedor puede pedirnos que aprobemos un medicamento de marca cuando existe uno genérico disponible, porque el medicamento de marca es médicamente necesario para usted.

### Lista de medicamentos preferidos

Tenemos una Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). Estas listas de medicamentos son creadas por médicos y farmacéuticos. Nuestros proveedores usan esta lista cuando recetan un medicamento. Nuestra PDL se encuentra en [www.wellcare.com/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare/Pharmacy-Services](http://www.wellcare.com/New-Jersey/Members/Medicaid-Plans/NJ-FamilyCare/Pharmacy-Services). La PDL incluye medicamentos que pueden estar sujetos a:

- Autorización previa
- Límites de cantidad
- Terapia escalonada
- Límites de edad o sexo

A veces, su proveedor necesitará enviarnos una Solicitud de determinación de cobertura (Coverage Determination Request, CDR). Esto es para medicamentos que necesitan autorización previa. También se usa para medicamentos que no están en nuestra PDL. Permitimos a una farmacia darle un suministro de 72 horas de cualquier medicamento que necesite autorización previa, mientras usted espera una decisión sobre la autorización previa. Esto se puede obtener esté o no el medicamento en nuestra PDL.

**No cubriremos algunos medicamentos, como:**

- Medicamentos utilizados para perder 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 de investigación o uso experimental
- Los utilizados para cualquier fin que no esté médicamente aceptado

**En la mayoría de los casos, no necesita autorización previa para los medicamentos con receta que se ordenan por afecciones relacionadas con la Salud mental o Trastorno por uso de sustancias (SUD). Entre las excepciones se incluyen:**

- Si el medicamento recetado no se relaciona con sus afecciones de salud del comportamiento o trastorno por uso de sustancias (SUD)
- Si su proveedor recetó más de cuatro medicamentos en un mes
- El medicamento recetado no guarda conformidad con las normas del plan de farmacia de WellCare

### ¿Puedo adquirir cualquier medicamento que desee?

Usted obtendrá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios. Todos los medicamentos que sus proveedores le receten pueden estar cubiertos si están incluidos en nuestra PDL. Puede necesitar aprobación previa si su proveedor receta medicamentos que no están en nuestra PDL, cuatro o más recetas para la salud mental/SUD o realiza un cambio en sus medicamentos del plan de tratamiento.

Algunos medicamentos se pueden recetar como parte de un plan de cuidado de terapia escalonada. Esto significa que podrá necesitar probar otro medicamento antes de que aprobemos el que pidió su proveedor originalmente. Podremos no aprobar el medicamento solicitado si usted no prueba el otro primero, a menos que su proveedor nos diga el motivo por el cual es necesario que usted tome el otro medicamento. Usted puede apelar nuestra decisión si le negamos el medicamento. Su PCP puede iniciar este proceso por usted.

## Medicamentos de venta libre (OTC)

Usted puede obtener ciertos medicamentos de venta libre (over the counter, OTC) en la farmacia mediante una receta. Algunos de los medicamentos OTC que cubrimos incluyen:

- Difenhidramina
- Meclizina
- Antagonistas de los receptores H2
- Ibuprofeno
- Multivitaminas/multivitaminas con hierro
- Insulina
- Jeringas de insulina
- Antihistamínicos no sedativos
- Hierro
- Antifúngicos tópicos
- Tiras reactivas para pruebas de orina
- Aspirina recubierta
- Antiácidos
- Inhibidores de la bomba de protones

## Limitación de farmacia

Usted puede ver a diferentes proveedores para su cuidado. Cada proveedor puede recetarle un medicamento diferente. Esto puede ser peligroso. Para ayudarlo con esto, tenemos un programa de Limitación de farmacia.

Esto ayuda a coordinar sus necesidades de cuidado médico y medicamentos. Así funciona:

- Usted recibirá todos sus medicamentos con receta en una farmacia
- Esto ayuda al farmacéutico a entender sus necesidades de receta

- Si su farmacia asignada no tiene su medicamento, puede recibir un suministro de emergencia de 72 horas en otra farmacia.

Podemos asignarle una farmacia si creemos que nuestro programa de limitación de farmacia puede ayudarlo. Le enviaremos una carta si lo hacemos. También le informaremos a su PCP y a la farmacia. ¿Qué sucede si no está de acuerdo con la decisión de limitación? En ese caso, puede presentarnos una apelación. (Lea la sección de *Procedimientos de protestas y apelaciones de los miembros* en este manual en la Página 100). ¿Tiene preguntas sobre el programa de limitación? Llámenos al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

### Transición del cuidado

Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita es importante para nosotros. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que reciba sus servicios de atención médica 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 plan de salud o regresa a FFS
- Está entrando en la edad adulta y necesita ayuda para elegir un proveedor de atención primaria para adultos

Tal vez ya visita a un proveedor que no se encuentra en nuestra red. En este caso, puede seguir recibiendo cuidado de ese proveedor. Esto puede continuar por un período de transición o hasta que su PCP lo atienda y se cree un nuevo plan de cuidado.

Llame a Servicios para Miembros para coordinar su cuidado.

Llame al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## Transporte

Para coordinar el transporte que no sea de emergencia, llame a LogistiCare al **1-866-527-9933**.

- Todo transporte debe ser para un servicio médico, como una visita a un proveedor o diálisis
- No existe transporte disponible a la farmacia salvo que sea para DME
- Para citas de rutina, debe solicitar transporte al menos 2 días hábiles antes de que lo necesite
- Tenga listo lo siguiente cuando llame para pedir transporte:
  - Su número de ID de NJ FamilyCare
  - Su dirección y código postal donde lo irán a buscar
  - Nombre, número de teléfono y dirección del proveedor médico a quien verá
  - Hora y fecha de la cita
  - Necesidades de transporte especiales
- Esté listo y al aguardo al menos 15 minutos antes de la llegada programada de su transporte

## PLANIFICACIÓN DE SU CUIDADO

Deseamos informarle sobre la prevención y planificación de sus necesidades de cuidado.

### **Atención preventiva del niño sano y servicios de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)**

Tenemos un programa de Exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT). Este programa proporciona cuidados para niños y jóvenes de hasta 21 años de edad. El cuidado EPSDT puede incluir:

- Antecedentes completos y examen físico
- Evaluación de salud del comportamiento
- 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 dental de un PCP y remisión a un dentista para una visita dental antes del primer año de edad
- Remisión a especialistas y tratamiento, según corresponda
- Cualquier servicio necesario como parte del plan de tratamiento que aprobemos como medicamento necesario
- Visitas dentales preventivas dos veces al año y todos los servicios de tratamiento necesarios

El control de niño sano es una gran parte del programa EPSDT. El PCP de su hijo se asegurará de que su hijo esté creciendo saludablemente. El PCP de su hijo:

- Realizará un examen físico completo de pies a cabeza y de salud del comportamiento
- Le aplicará las vacunas que necesite
- Le hará los análisis de sangre y orina que necesite
- Examinará la boca y los dientes del niño
- Le hará a su hijo una prueba para detectar tuberculosis (TB) y plomo (cuando tenga la edad apropiada)

- Le dará consejos de salud y educación basada en la edad de su hijo
- Hablará con usted acerca del crecimiento, el desarrollo y los hábitos alimentarios de su hijo
- Medirá altura, peso, presión arterial, visión y audición de su hijo

Estos controles rutinarios se realizan a determinadas edades. (Hablaremos sobre esto más adelante en esta sección). Es importante que usted suministre estos exámenes a su hijo. Estos pueden ayudar a identificar cualquier problema de salud antes de que se agudicen. Además, su hijo puede recibir las vacunas necesarias.

Estos controles se realizan de manera gratuita. Asegúrese de programar hoy mismo el control de su hijo. ¿Necesita ayuda para concertar una visita? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Recuerde que si necesita cancelar una cita, debe reprogramarla tan pronto como le sea posible.

## Pautas preventivas de salud

Le hemos brindado las pautas para que usted sepa cuándo ver a su PCP. Su PCP le informará cuándo deben realizarse los controles. También le recordará cuándo deba realizarse ciertos exámenes y vacunas.

Tenga en cuenta que estas son pautas propuestas. No sustituyen el criterio de su PCP. Siempre debe consultar a su PCP sobre el cuidado que le conviene a usted y a su familia.

**Obtener información y recibir atención médica preventiva es la mejor manera de evitar enfermedades. También mejora la calidad de su salud. Usted tiene el poder de tomar decisiones que pueden tener un impacto positivo en su salud. Estas son algunas opciones excelentes para convertir en excelentes hábitos:**

- Mantener un peso saludable
- Seguir una dieta con frutas frescas, vegetales frescos y granos integrales
- Realizar actividad física al menos 3 veces por semana
- No fumar
- Beber alcohol con moderación
- Usar el cinturón de seguridad
- Ver a su PCP y dentista con regularidad para los controles
- Realizarse exámenes de detección regulares para afecciones como presión arterial alta, diabetes o cáncer
- Seguir todas las instrucciones de su proveedor
- Tomar los medicamentos según las instrucciones

## Las recomendaciones de cuidado preventivo para adultos son:

- Edad 20 a 29 – cada 1 a 3 años (las mujeres se deben hacer el examen de Papanicolaou cada 3 años)
- Edad 30 a 65 – cada 1 a 2 años según los factores de riesgo (las mujeres se deben hacer el examen de Papanicolaou y HPV cada 5 años)
- Mayor de 65 años – todos los años (las mujeres deben dejar de realizarse los exámenes de Papanicolaou después de los 65 años de edad si no tienen antecedentes médicos de displasia o cáncer)

Edad	Pruebas de detección	Frecuencia
<b>A partir de los 18 años</b>	Presión arterial, altura y peso	Cada año
<b>De 20 a 35 años</b>	Colesterol	Cada 5 años
<b>A partir de los 35 años</b>	Colesterol	Cada año
<b>Mujeres a partir de los 20 años</b>	Examen de Papanicolaou	Cada 3 años
<b>Mujeres de 24 años y menores</b>	Clamidia	Una vez al año
<b>Mujeres de 35 a 39 años</b>	Mamografía	Una vez
<b>Mujeres a partir de los 40 años</b>	Mamografía	Una vez al año
<b>A partir de los 45 años</b>	Examen de detección de cáncer colorrectal	Inicialmente a los 45 años, luego según recomendación del proveedor
<b>A partir de los 40 años si tiene antecedentes de cáncer</b>	Examen de detección del cáncer de próstata	Una vez al año
<b>A partir de los 50 años si no tiene antecedentes de cáncer</b>	Examen de detección del cáncer de próstata	Una vez al año
<b>A partir de los 50 años</b>	Examen de diagnóstico de audición	Cada 3 años
<b>Mujeres a partir de los 65 años</b>	Prueba de Detección de la Osteoporosis	Cada 2 años
<b>A partir de los 65 años</b>	Prueba de detección de la visión	Cada 2 años

<b>Recomendaciones de vacunas para adultos</b>	
<b>Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Td/Tdap)</b>	A partir de los 18 años, Tdap: una vez, luego el refuerzo de Td cada 10 años
<b>Varicela (VZV)</b>	Todos los adultos que no tuvieron varicela deben recibir 2 dosis de la vacuna contra la varicela de un antígeno si no se vacunaron antes, o la segunda dosis si recibieron solo 1 dosis
<b>Sarampión, paperas, rubéola (MMR)</b>	1 o 2 dosis. Los adultos nacidos durante o después de 1957 que no tengan registro de vacunas o que hayan tenido estas infecciones deben consultar a su PCP
<b>Antineumocócica polisacárida (PPSV)</b>	A partir de los 65 años, todos los adultos fumadores o con ciertas afecciones médicas crónicas – 1 dosis. Puede necesitar una segunda dosis si se lo identifica como persona en riesgo
<b>Influenza estacional</b>	Todos los adultos una vez al año
<b>Vacuna contra la Hepatitis A (HepA)</b>	Todas las personas no vacunadas que anticipan un contacto cercano con una persona adoptada en el extranjero o aquellas personas con determinadas conductas de alto riesgo
<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>	Pregunte a su médico para obtener más información
<b>Zóster</b>	con 60 años de edad o más
<b>Haemophilus influenza tipo b (Hib)</b>	Para miembros elegibles de alto riesgo y que no hayan recibido previamente la vacuna Hib – 1 dosis, consulte a su PCP

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

Estas pautas son solo sugerencias. Es posible que necesite otros servicios.

Edad	Examen y momento
<b>Recién Nacido</b>	Control rutinario de niño sano* en el nacimiento Prueba auditiva Análisis de sangre de diagnóstico al recién nacido
<b>2–4 días</b>	Control rutinario de niño sano si se le dio de alta menos de 48 horas después del parto Análisis de sangre de diagnóstico para el recién nacido
<b>1 mes</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de sangre de diagnóstico para el recién nacido, si aún no se completó
<b>2 meses</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de sangre de diagnóstico para el recién nacido, si aún no se completó
<b>4 meses</b>	Control rutinario de niño sano
<b>6 meses</b>	Control rutinario de niño sano
<b>9 meses</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de laboratorio: plomo en sangre
<b>12 meses (1 año)</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de laboratorio: plomo en sangre, hemoglobina o hematocrito Primer examen dental**
<b>15 meses</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de laboratorio: orina y plomo en sangre si no se hizo a los 9 meses o 12 meses
<b>18 meses</b>	Control rutinario de niño sano Visita dental

<b>Edad</b>	<b>Examen y momento</b>
<b>24 meses (2 años)</b>	Control rutinario de niño sano Análisis de laboratorio: plomo en sangre Visitas dentales
<b>3 años</b>	Control rutinario de niño sano* Examen de la visión Visita dental dos veces al año
<b>4 y 5 años</b>	Control rutinario de niño sano todos los años Examen de la visión Análisis de laboratorio: prueba de orina a los 5 años Visita dental dos veces por año
<b>De 6 a 10 años</b>	Control rutinario de niño sano todos los años* Visita dental dos veces al año
<b>11 y 12 años</b>	Control rutinario de niño sano todos los años* Visita dental dos veces al año
<b>De 13 a 21 años</b>	Control rutinario de adolescente sano* todos los años Las mujeres se deben hacer un examen pélvico y prueba de Papanicolaou entre los 18 y los 21 años Análisis de laboratorio: orina a los 16 Visita dental dos veces al año

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

*\*\*Se recomienda comenzar las visitas dentales regulares al primer año de edad. Asegúrese de acudir a sus citas y de realizar todo el tratamiento recomendado.*

Los siguientes servicios se brindan según sean necesarios:

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

Exención de responsabilidad legal: Hable con su(s) proveedor(s) acerca del cuidado adecuado para usted. Este material no reemplaza el consejo de su proveedor. Se basa en fuentes externas. Se lo brindamos solo para su información. No implica que estos sean beneficios cubiertos por WellCare. Además, WellCare no garantiza resultados de salud. Debe revisar su plan o llamar a Servicios para Miembros para saber si un servicio está cubierto.

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



### **Pautas de inmunización pediátrica**

Las pautas de las páginas siguientes son pautas de los Centros para el control y prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). También puede encontrar esta información en el sitio web de CDC en [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). Hable con el PCP de su hijo si tiene alguna duda.



## Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad transmitida por	Signos y síntomas de la enfermedad	Complicaciones de la enfermedad
<b>Varicela</b>	Vacuna contra la <b>varicela</b>	Aire, contacto directo	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones)
<b>Difteria</b>	La vacuna <b>DTaP*</b> protege contra la difteria	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre moderada, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte
<b>Hib</b>	La vacuna contra la <b>Hib</b> protege contra la <i>Haemophilus influenzae</i> serotipo b	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas a menos que la bacteria entre en la sangre	Meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglotitis (infección que puede ser mortal en la que se bloquea la tráquea y origina graves problemas respiratorios) y neumonía (infección en los pulmones), muerte
<b>Hepatitis A</b>	La vacuna <b>HepA</b> protege contra la hepatitis A	Contacto directo, comida o agua contaminada	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, cansancio, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastorno renal, pancreático y de la sangre
<b>Hepatitis B</b>	La vacuna <b>HepB</b> protege contra la hepatitis B	Contacto con sangre o líquidos corporales	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos) dolor en las articulaciones	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado
<b>Influenza (gripe)</b>	La vacuna <b>influenza</b> protege contra la influenza o gripe	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, cansancio extremo	Neumonía (infección en los pulmones)
<b>Sarampión</b>	La vacuna <b>MMR**</b> protege contra el sarampión	Aire, contacto directo	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
<b>Paperas</b>	La vacuna <b>MMR**</b> protege contra las paperas	Aire, contacto directo	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera
<b>Tosferina</b>	La vacuna <b>DTaP*</b> protege contra la tosferina ( <i>pertussis</i> )	Aire, contacto directo	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
<b>Poliomielitis</b>	La vacuna <b>IPV</b> protege contra la poliomielitis	Aire, contacto directo, por la boca	Puede no causar síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza	Parálisis, muerte
<b>Enfermedad neumocócica</b>	La vacuna <b>PCV13</b> protege contra la infección neumocócica	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas. Neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), muerte
<b>Rotavirus</b>	La vacuna <b>RV</b> protege contra el rotavirus	Por la boca	Diarrea, fiebre, vómitos	Diarrea intensa, deshidratación
<b>Rubéola</b>	La vacuna <b>MMR**</b> protege contra la rubéola	Aire, contacto directo	Los niños infectados por rubéola a veces presentan sarpullido, fiebre y ganglios linfáticos inflamados	Muy grave en las mujeres embarazadas: Puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento
<b>Tétanos</b>	La vacuna <b>DTaP*</b> protege contra el tétanos	Exposición a través de cortaduras en la piel	Rigidez del cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte

\* La vacuna DTaP combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

\*\* La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Hable con el médico o la enfermera de su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad.

	Vacuna contra la influenza (gripe)	Vacuna Tdap (tétanos, difteria, tosferina)	Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano)	Vacuna antimeningocócica		Vacuna neumocócica	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra la hepatitis A	Vacuna inactivada contra la poliomielitis	Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	Vacuna contra la varicela
				MenACWY	MenB						
7-8 años	■	■		■		■	■	■	■	■	■
9-10 años		■	■	■		■	■	■	■	■	■
11-12 años		■	■	■		■	■	■	■	■	■
13-15 años		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
16-18 años		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Más información:

Los preadolescentes y adolescentes deben recibir una vacuna contra la influenza todos los años.

Los preadolescentes y adolescentes deben recibir una inyección de la vacuna Tdap a los 11 o 12 años de edad.

Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir 2 dosis de la vacuna contra el VPH con un intervalo de por lo menos 6 meses. Aquellos con el sistema inmunitario debilitado y de 15 años de edad o más necesitan una serie de 3 dosis.

Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir una dosis única de la vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY). Se recomienda una dosis de refuerzo a los 16 años.

Los adolescentes de 16 a 18 años, **pueden** recibir la vacuna antimeningocócica del serogrupo B (MenB).



Estas casillas sombreadas indican cuándo se recomienda la vacuna para todos los niños, a menos que el médico le diga que su hijo no puede recibir en forma segura la vacuna.



Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se debe administrar a un niño que esté poniéndose al día con las vacunas.



Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños con ciertas afecciones o situaciones de estilos de vida que los ponen en mayor riesgo de enfermedades graves. Vea las recomendaciones específicas de las vacunas en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html> (en inglés).



Esta casilla sombreada indica que los niños que no tengan mayor riesgo pueden recibir la vacuna si así se desea, después de hablar con un proveedor de atención médica.



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS  
STRONG MEDICINE FOR AMERICA

# Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

**La difteria** (Se puede prevenir con la vacuna Tdap)

La difteria es una enfermedad bacteriana muy contagiosa que afecta al sistema respiratorio, incluidos los pulmones. Las bacterias de la difteria se propagan de persona a persona por el contacto directo con las gotitas provenientes de la tos o estornudo de alguien que esté infectado. Cuando las personas están infectadas, estas bacterias pueden producir una toxina (veneno) en el cuerpo, capaz de formar una capa espesa en la parte posterior de la nariz o la garganta; esto hace que sea más difícil respirar o tragar. Los efectos de la toxina también pueden causar inflamación del músculo cardíaco y, en algunos casos, insuficiencia cardíaca. En casos graves, la enfermedad puede causar coma, parálisis o incluso la muerte.

**La hepatitis A** (Se puede prevenir con la vacuna HepA)

La hepatitis A es una infección del hígado causada por el virus de la hepatitis A. El virus se transmite principalmente de persona a persona a través de la ruta fecal-oral. En otras palabras, el virus se recibe por la boca a partir del contacto con objetos, alimentos o bebidas contaminados por las heces (excremento) de una persona infectada. Entre los síntomas se encuentran: fiebre, cansancio, pérdida del apetito, náuseas, malestar abdominal e ictericia (cuando la piel y los ojos se tornan amarillos). Una persona infectada por el virus puede no tener síntomas, puede tener un caso leve de la enfermedad por una semana o dos, puede tener un caso grave de la enfermedad por varios meses o en raras ocasiones presentar insuficiencia hepática y morir de la infección. En los Estados Unidos, alrededor de 100 personas mueren al año a consecuencia de la hepatitis A.

**La hepatitis B** (Se puede prevenir con la vacuna HepB)

La hepatitis B causa una enfermedad parecida a la gripe, con pérdida del apetito, náuseas, vómitos, sarpullidos, dolor de las articulaciones e ictericia. Los síntomas de la hepatitis B aguda incluyen fiebre, fatiga, pérdida del apetito, náuseas, vómitos, dolores en las articulaciones y el estómago, orina oscura, heces de color gris e ictericia (cuando la piel y los ojos se tornan amarillos)

**El virus del papiloma humano** (Se puede prevenir con la vacuna VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus común. Es más frecuente en la adolescencia y a comienzos de los 20 años. Aproximadamente 14 millones de personas, incluidos los adolescentes, se infectan con el VPH cada año. Las infecciones por el VPH pueden causar cánceres de cuello uterino, de vulva y de vagina en las mujeres, y cáncer de pene en los hombres. Estas infecciones también pueden causar cáncer de ano y cáncer orofaríngeo (en la parte posterior de la garganta), y verrugas genitales tanto en los hombres como en las mujeres.

**La influenza** (Se puede prevenir con la vacuna anual contra la influenza)

La influenza es una infección viral de la nariz, la garganta y los pulmones altamente contagiosa. El virus se transmite fácilmente a través de las microgotas de la tos o el estornudo de una persona infectada y puede causar una enfermedad que oscila de leve a grave. Entre los síntomas típicos se encuentran: fiebre alta repentina, escalofríos, tos seca, dolor de cabeza, moqueo, dolor de garganta y dolores musculares y de las articulaciones. La fatiga aguda puede durar de varios días a semanas. La influenza puede conllevar a la hospitalización o hasta causar la muerte, incluso en niños que anteriormente hayan sido sanos.

**El sarampión** (Se puede prevenir con la vacuna MMR)

El sarampión es una de las enfermedades virales más contagiosas que existen. El virus del sarampión se transmite mediante el contacto directo con las microgotas respiratorias suspendidas en el aire de una persona infectada. El sarampión es tan contagioso que el tan solo estar en la misma habitación en la que haya estado una persona con sarampión puede resultar en una infección. Entre los síntomas comunes se encuentran: sarpullido, fiebre, tos y ojos enrojecidos y llorosos. La fiebre puede ser persistente, el sarpullido puede durar hasta una semana y la tos puede durar alrededor de 10 días. El sarampión también puede causar neumonía, convulsiones, daños cerebrales o la muerte.

**La enfermedad meningocócica** (Se puede prevenir con la vacuna MCV)

La enfermedad meningocócica tiene dos resultados comunes: meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal) e infecciones del torrente sanguíneo. Las bacterias que causan la enfermedad meningocócica se propagan a través del intercambio de gotitas provenientes de la nariz y la garganta, por ejemplo, al toser, estornudar o besarse. Los síntomas incluyen aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza y rigidez de cuello. Con una infección del torrente sanguíneo, los síntomas también incluyen un sarpullido morado oscuro. Aproximadamente una de cada diez personas que contraen esta enfermedad muere. Los que sobreviven la enfermedad meningocócica pueden perder los brazos o las piernas, volverse sordos, tener problemas en el sistema nervioso, tener discapacidades del desarrollo o presentar convulsiones o accidentes cerebrovasculares.

**Las paperas** (Se pueden prevenir con la vacuna MMR)

Las paperas son una enfermedad infecciosa causada por el virus de las paperas, el cual se transmite por el aire cuando una persona infectada tose o estornuda. Un niño también puede infectarse con las paperas al estar en contacto con un objeto contaminado por el virus, como un juguete por ejemplo. Las paperas causan fiebre, dolores de cabeza, inflamación dolorosa de las glándulas salivales debajo de mandíbula, fiebre, dolores musculares, cansancio, dolor abdominal y pérdida del apetito. Las complicaciones graves para los niños que tienen paperas son poco comunes, pero pueden incluir meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), pérdida auditiva permanente, o inflamación de los testículos, que en raras ocasiones puede generar esterilidad en los hombres.

**La tosferina** (pertussis) (Se puede prevenir con la vacuna Tdap)

La tosferina se transmite fácilmente a través de la tos y los estornudos. Puede causar una tos intensa que deja a la persona con sensación de asfixia después de un ataque de tos. Esta tos puede durar muchas semanas, lo cual puede hacer que los preadolescentes y los adolescentes pierdan días de escuela y otras actividades. La tosferina puede ser mortal para los bebés que son demasiado pequeños para recibir la vacuna. A menudo, los bebés contraen la tosferina de sus hermanos o hermanas mayores, como preadolescentes o adolescentes, o de otras personas en la familia. Los bebés con tosferina pueden contraer neumonía, tener convulsiones, daño cerebral y hasta morir. Cerca de la mitad de los niños menores de 1 año de edad que contraen la tosferina deben ser hospitalizados.

**La enfermedad neumocócica**

(Se puede prevenir con la vacuna neumocócica)

La neumonía es una infección de los pulmones que puede ser causada por la bacteria llamada neumococo. Esta bacteria también puede causar otros tipos de infección, como infección de oído, sinusitis, meningitis (infección del recubrimiento del cerebro y la médula espinal) y bacteriemia (infección del torrente sanguíneo). Las infecciones de los senos nasales y del oído normalmente son leves y son mucho más comunes que las formas más graves de la enfermedad neumocócica. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad neumocócica puede ser mortal o derivar en problemas de salud a largo plazo como daño cerebral y pérdida auditiva. La enfermedad neumocócica se transmite cuando las personas infectadas tosen o estornudan. Sin embargo, muchas personas tienen la bacteria en la nariz o la garganta en un momento u otro sin estar enfermas. Esto se conoce como ser un portador.

**La poliomielititis** (Se puede prevenir con la vacuna IPV)

La poliomielititis (polio) es una enfermedad causada por un virus que vive en la garganta o los intestinos de una persona infectada. Se transmite a través del contacto con las heces (excremento) de una persona infectada y a través de las microgotas de un estornudo o tos. Entre los síntomas más comunes se encuentran: fiebre, dolor de garganta, dolor de cabeza, debilidad y malestar abdominal. En alrededor del 1 % de los casos, la polio puede causar parálisis. Entre las personas que resultan paralizadas, hasta el 5 % de los niños pueden morir porque no pueden respirar.

**La rubéola** (Sarampión alemán) (Se puede prevenir con la vacuna MMR)

La rubéola es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la tos y el estornudo. En los niños, la rubéola normalmente causa una enfermedad leve con fiebre, inflamación de las glándulas y un sarpullido que dura alrededor de 3 días. La rubéola raras veces causa una enfermedad grave o complicaciones en los niños, pero puede ser muy grave para un bebé en el vientre. Si una mujer embarazada se contagia de la enfermedad, los resultados en el bebé pueden ser devastadores, entre ellos: aborto espontáneo, defectos cardíacos graves, retraso mental y pérdida de la audición y de la vista.

**El tétanos** (Trismo) (Se puede prevenir con la vacuna Tdap)

El tétanos afecta principalmente el cuello y el abdomen. Cuando las personas se infectan, las bacterias producen una toxina (veneno) que hace que los músculos se contraigan, lo cual es muy doloroso. Esto puede hacer que se "trabe" la mandíbula de modo tal que la persona no pueda abrir la boca, tragar o respirar. Las bacterias que causan el tétanos se encuentran en la tierra, el polvo y el estiércol. Entran al cuerpo a través de una herida causada por un objeto punzante, una cortadura o una laga en la piel. Recuperarse totalmente de esta enfermedad puede tomar meses. Alrededor de dos de cada 10 personas que contraen el tétanos mueren a causa de la enfermedad.

**La varicela** (Se puede prevenir con la vacuna contra la varicela)

La varicela es una enfermedad causada por el virus de la varicela-zóster. La varicela es altamente contagiosa y se transmite con mucha facilidad a través de las personas infectadas. El virus se puede transmitir a través de la tos o el estornudo. También se puede transmitir a través de las ampollas en la piel, ya sea al tocarlas o al inhalar estas partículas virales. Entre los síntomas más comunes de la varicela se encuentran: sarpullido con picazón y ampollas, cansancio, dolor de cabeza y fiebre. Normalmente, la varicela es una enfermedad leve, pero puede conllevar a infecciones de la piel graves, neumonía, encefalitis (inflamación del cerebro) o incluso, la muerte.

Consulte al médico si tiene alguna pregunta acerca de las vacunas de su hijo.

# INFORMACIÓN PARA PACIENTES ADULTOS

# 2018: Vacunas recomendadas para adultos según la edad

Si su edad es,

hable con su profesional de salud acerca de estas vacunas

Si su edad es,	Vacuna contra la influenza (gripe)	Vacuna Tdap o Td (tétanos, difteria, tosferina)	Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster)		Vacuna antineumocócica		Vacuna antimeningocócica		Vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola)	Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano)		Vacuna contra la varicela	Vacuna contra la hepatitis A	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra la enfermedad por Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)
			RZV	ZVL	PCV13	PPSV23	MenACWY	MenB		en mujeres	en hombres				
19-21 años															
22-26 años															
27-49 años															
50-64 años									Si nació en o después de 1957						
65+ años															

### Más información:

Debe recibir la vacuna contra la influenza todos los años.

Debe recibir 1 dosis de la Tdap o Td la recibió de niño o adulto. También debe recibir una dosis de refuerzo de la Td cada 10 años. Las mujeres deben recibir 1 dosis de la Tdap en cada embarazo.

Existen 2 tipos de vacunas contra el herpes zóster. Debe recibir 2 dosis de la RZV a los 50 años o más (preferiblemente) o 1 dosis de la ZVL a los 60 años o más, incluso si ya tuvo culebrilla.

Existen 2 tipos de vacunas antineumocócicas. Debe recibir 1 dosis de la PCV13 y al menos 1 dosis de la PPSV23 dependiendo de su edad y estado de salud.

Existen 2 tipos de vacunas antimeningocócicas. Podría necesitar una o ambos tipos dependiendo de su estado de salud.

Usted debe recibir esta vacuna si no la recibió cuando era niño. Debe recibir la vacuna contra el VPH si no ha completado la serie y es una mujer de hasta 26 años o un hombre de hasta 21 años.

**Recomendada para usted:** Esta vacuna se recomienda para usted **a menos** que su profesional de salud le diga que no la necesita o no debería recibirla.

**Puede ser recomendada para usted:** Esta vacuna se recomienda para usted si tiene ciertos factores de riesgo, debido a su estado de salud. Hable con su profesional de salud para saber si necesita esta vacuna.

**Si va a viajar fuera de los Estados Unidos, puede que necesite vacunas adicionales.**  
Al menos 6 semanas antes de su viaje, pregúntele a su profesional de salud cuáles vacunas puede necesitar.



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

**Para obtener más información, llame al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) o visite [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).**

# INFORMACIÓN PARA PACIENTES ADULTOS

# 2018: Vacunas recomendadas para adultos según afección o estado de salud

Si tiene las siguientes afecciones o el siguiente estado de salud,

hable con su profesional de salud acerca de estas vacunas

	Vacuna contra la influenza (gripe)		Vacuna Tdap o Td (tétanos, difteria, tosferina)		Vacuna contra la culebrilla (herpes zóster)		Vacuna antineumocócica		Vacuna antimeningocócica		Vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola)		Vacuna contra el VPH (Virus del papiloma humano)		Vacuna contra la varicela	Vacuna contra la hepatitis A	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra la enfermedad por Hib ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)	
	RZV		ZVL		PCV13		PPSV23		MenACWY		MenB		en mujeres		en hombres				
Embarazo																			
Sistema inmunitario debilitado																			
VIH: El recuento de CD4 es menos de 200																			
HIV: El recuento de CD4 es 200 o más																			
Enfermedad renal o funcionamiento renal deficiente																			
No tiene bazo o no funciona bien																			
Enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, alcoholismo crónico																			
Diabetes (tipo 1 y tipo 2)																			
Enfermedad hepática crónica																			

### Más información:

Debería recibir la vacuna contra la influenza todos los años.

Existen 2 tipos de vacunas contra el herpes zóster. Debería recibir 2 dosis de la RZV a los 50 años o más (preferiblemente) o 1 dosis de la ZVL a los 60 años o más, incluso si ya tuvo culebrilla.

Existen 2 tipos de vacunas antineumocócicas. Debe recibir 1 dosis de la PCV13 y al menos 1 dosis de la PPSV23 dependiendo de su edad y estado de salud.

Existen 2 tipos de vacunas antimeningocócicas. Podría necesitar una o ambos tipos de salud.

Usted debe recibir esta vacuna si no la recibió cuando era niño. Usted debe recibir la vacuna contra el VPH si no ha completado la serie y es una mujer de hasta 26 años o un hombre de hasta 21 años.

Usted debe recibir la vacuna contra la Hib si no tiene bazo, si tiene enfermedad de células falciformes o si recibió un trasplante de médula ósea.

**Recomendada para usted:** Esta vacuna se recomienda para usted **a menos** que su profesional de salud le diga que no la necesita o no debería recibirla.

**Puede ser recomendada para usted:** Esta vacuna se recomienda para usted, si tiene ciertos factores de riesgo debido a su estado de salud. Hable con su profesional de salud para saber si necesita esta vacuna.

**NO DEBE VACUNARSE**



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

**Para obtener más información, llame al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) o visite [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).**

## 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 un determinado tipo de cuidado, puede informar a su médico que no lo desea. Para esto, debe completar una directiva anticipada. Este un documento legal Les informa a otras personas el tipo de cuidado que usted desearía en caso de no poder comunicarse por sí mismo.

### Existen tres tipos de directivas anticipadas:

- Un testamento vital
- Un suplente de atención médica para tomar las decisiones de atención médica
- Una donación anatómica

Un testamento vital establece los tipos de cuidado que desea si queda inconsciente y no puede despertar ni tomar decisiones. Se puede usar para afecciones que puedan provocar la muerte. Le informa a su proveedor cuándo continuar o detener los cuidados para mantenerlo con vida.

Un suplente de atención médica es una persona que usted desea que tome las decisiones de salud física y/o del comportamiento en su nombre.

La donación anatómica significa que desea donar todo o parte de su cuerpo al momento del fallecimiento. Esto puede ser una donación de órganos a alguien que necesite un trasplante. También puede ser una donación de su cuerpo para la ciencia.

**Sabemos que tomar estas decisiones puede ser difícil. Deberá responder algunas preguntas difíciles. Estas son algunas cosas que debe considerar al completar sus directivas anticipadas:**

- Completarlas es su decisión.
- Es su derecho, según la ley estatal, tomar decisiones sobre su cuidado médico. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico.
- Si completa una, no significa que desea cometer suicidio, suicidio asistido por un médico, homicidio o eutanasia (muerte piadosa).
- Si completa una, no afectará nada que se base en su vida o muerte. Por ejemplo, otro seguro.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

- Usted debe estar en pleno uso de sus facultades para completar una.
- Debe ser mayor de 18 años de edad o menor de edad legalmente emancipado.
- Usted debe firmarla. Necesitará al menos otra persona para que la firme también.
- Después de completar una, consévela en un lugar seguro. Debe dar una copia a alguien de su familia, y otra a su proveedor.
- Usted puede modificarla en cualquier momento.
- Un cuidador tal vez no cumpla sus deseos si estos van en contra de su consciencia.

¿Qué sucede si un cuidador no cumple sus deseos? Este lo ayudará a encontrar a otra persona que pueda hacerlo. De lo contrario, deberán cumplirse sus deseos. Para conseguir una directiva anticipada, hable con su PCP. También puede hablar con un abogado.



INFORMACIÓN **IMPORTANTE**  
PARA MIEMBROS

# PROCEDIMIENTOS DE PROTESTAS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

Valoramos a nuestros miembros. Queremos que nos informe de inmediato si no está conforme con nuestro plan de salud. Por ejemplo, si tiene alguna pregunta, queja o problema acerca de los servicios cubiertos o el cuidado que recibe. Si en algún momento necesita ayuda para hacer esto en otro idioma o en un formato alternativo, llámenos. En esta sección le indicaremos cómo puede informarnos estos problemas.

Si usted presenta una protesta o apelación, nosotros debemos ser justos y no podemos hacerlo dejar nuestro plan de salud o tratarlo mal.

Si usted presenta una protesta o apelación sobre los cuidados dentales recibidos a través de Liberty Dental Plan, nuestros equipos de Protestas y Apelaciones de Wellcare of New Jersey trabajarán en su solicitud. Las protestas y apelaciones por los servicios dentales siguen los siguientes procedimientos.

## Protestas

Una protesta, en ocasiones llamada queja, es cuando nos dice que no está contento con nosotros, un proveedor o un servicio. Las protestas pueden incluir, entre otros:

- Problemas sobre la calidad de cuidado
- El tiempo de espera durante las visitas al consultorio del proveedor
- La manera en que sus proveedores u otras personas se comportan o lo atienden
- Falta de limpieza en los consultorios de los proveedores
- No obtener la información que necesita

Puede presentar una protesta por teléfono o por escrito. Si lo hace por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Si lo hace por escrito, envíenosla por correo a:



WellCare  
Attn: Grievance Department  
P.O. Box 31384  
Tampa, FL 33631-3384

Puede presentar la protesta usted mismo o puede pedirle a otra persona que lo haga en su nombre. Esto incluye a su PCP o a otro proveedor. Debemos tener su consentimiento por escrito antes de que otra persona pueda presentar una protesta en su nombre. Usted puede presentar una protesta en cualquier momento. Puede encontrar los formularios para presentar protestas (o apelaciones) en nuestro sitio web.

Puede presentar una protesta por teléfono o por escrito.

¿Necesita ayuda para presentar una protesta? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Dentro de cinco días de recibir su protesta, le enviaremos una carta por correo postal avisándole que recibimos su protesta. Luego tomaremos una decisión sobre su protesta dentro de los 30 días. Le enviaremos una carta por correo con nuestra decisión.

## Apelaciones

### Apelaciones de Administración de utilización (UM)

Usted puede realizar una apelación de UM si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre la necesidad médica de su cuidado. Puede solicitar una apelación de UM en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tomamos una determinación adversa bajo un programa de revisión de utilización
- Le negamos acceso a cuidado especializado y otros
- Rechazamos la continuidad de la atención
- Le negamos la opción de elegir un proveedor
- Le negamos la cobertura del costo de un paciente de rutina en relación con una prueba clínica aprobada
- Le negamos el acceso a medicamentos necesarios
- Marcamos límites arbitrarios en servicios médicamente necesarios
- Le negamos el pago de un beneficio en su totalidad o en parte
- Le negamos o limitamos la autorización de un servicio solicitado, incluso el tipo o nivel de servicio
- Reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio previamente autorizado
- No le proveemos servicios de manera oportuna
- Le negamos un servicio fundamentado en la falta de necesidad médica

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

Cuando se tome alguna de estas acciones, usted recibirá una carta de nosotros. Se denomina “Carta de notificación de acción” (Notification of Action, NOA) o NOA. Usted puede presentar una apelación de UM si no está conforme con nuestra decisión. Una persona calificada para tomar decisiones se ocupa de revisar todas las apelaciones de UM.

### Apelación de UM interna

Usted debe presentar su apelación de UM en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibe la carta de notificación de acción. Puede presentar la apelación si llama al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. También debe presentar una apelación de UM por escrito.

Envíe su apelación a la siguiente dirección:



WellCare Health Plans  
Attn: Appeals Department  
P.O. Box 31368  
Tampa, FL 33631-3368

WellCare Health Plans  
Attn: Medication Appeals  
PO Box 31398  
Tampa, FL 33631-3398  
Fax: **1-888-865-6531**

Si solicita una apelación interna por teléfono, deberá darle seguimiento escribiendo a la dirección anterior. Puede presentar usted mismo su apelación. Su PCP u otra persona puede presentarla por usted. Debemos tener su aprobación por escrito antes de que otra persona haga este procedimiento por usted. Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo también.

Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta con nuestra decisión. Si se trata de una emergencia o si se encuentra en un hospital, decidiremos su apelación dentro de las 72 horas. Para todas las otras apelaciones de UM internas, decidiremos su apelación dentro de los 30 días calendario. Usted o la persona que elija para actuar en su nombre pueden ver toda la información que utilizamos para tomar la decisión.

Los servicios activos continuarán durante el proceso de apelación si solicita apelar dentro de los 10 días después de recibir una carta de rechazo o antes de que se venza la autorización, lo que sea posterior.

Les daremos a todos los miembros oportunidades razonables de presentar pruebas y hacer argumentos legales y fácticos, ya sea en persona o por escrito. Sírvase informarnos lo más pronto posible por teléfono al **1-888-453-2534**. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (TTY **711**) si desea presentar pruebas o testimonios en persona, de modo que podamos hacer los arreglos necesarios. Existe un límite de tiempo para presentar la información adicional por escrito o en persona antes del límite para la decisión de la apelación.

Si presenta una apelación, le proporcionaremos una copia gratuita de su expediente de caso. El expediente incluye los registros médicos u otra información relacionada con el rechazo.

### Apelaciones “rápidas” o “abreviadas”

En ocasiones usted o su proveedor podrían requerir una decisión de apelación más rápida. Esto puede ser porque usted o su proveedor consideran que esperar el plazo establecido para la apelación estándar puede perjudicar gravemente su salud. (Los tiempos estándar son 30 días calendario para una apelación interna). De ser así, puede solicitar una apelación acelerada (rápida).

Para solicitar una apelación rápida, usted o su proveedor deben llamarnos o enviarnos un fax. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Envíe un fax al **1-877-297-3112**.

También puede enviarnos más información, o comentarios para una apelación rápida. El plazo para enviar esta información es limitado. Existe un breve plazo para procesar una apelación rápida.

Si su solicitud de apelación rápida o abreviada se presentó por teléfono, no necesitamos que envíe una notificación por escrito. Decidiremos su apelación dentro de las 72 horas.

**¿Qué sucede si solicita una apelación rápida y decidimos que no es necesaria? En ese caso, nosotros:**

- Cambiaremos la apelación al plazo para la resolución estándar (30 días calendario para apelaciones internas)
- Haremos lo posible para comunicarnos con usted
- Haremos un seguimiento con una carta dentro de los 2 días para informarle que la apelación se procesará como apelación estándar
- Le informaremos por teléfono y por escrito que usted puede presentar una protesta sobre el rechazo de la solicitud de apelación

### Información adicional

Usted o una persona que actúe en su nombre pueden brindarnos más información si consideran que será de utilidad en su apelación. Puede hacer esto en cualquier momento del proceso de apelación. El plazo para enviarnos más información es limitado para las apelaciones rápidas.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

### Organización independiente de revisión de utilización (Independent Utilization Review Organization, IURO).

Existe otro paso en caso de que no esté conforme con nuestra decisión de apelación de UM interna. Una apelación IURO es una apelación externa presentada por una Organización independiente de revisión de utilización (IURO) administrada por el Departamento de Banca y Seguros (Department of Banking and Insurance, DOBI). Si desea una apelación externa, debe solicitarla dentro de los 60 días de la fecha en la que recibió el aviso de determinación adversa de la apelación interna.

#### Los siguientes servicios pueden no ser elegibles para el proceso de apelación externa (IURO):

- Cuidado familiar para adultos
- Programa de vida asistida
- Servicios de vida asistida, cuando el rechazo no se basa en necesidad médica
- Capacitación del cuidador/participante
- Servicios de tareas domésticas
- Servicios de transición a la comunidad
- Cuidado de apoyo en el hogar
- Comidas a domicilio
- Servicios de asistente de cuidados personales (Personal Care Assistant, PCA)
- Relevos (por día y hora)
- Centro social de cuidado diurno
- Programa diurno estructurado – cuando el rechazo no se basa en necesidad médica
- Servicios de asesoramiento diurno

Como en el caso de los otros pasos de la apelación, usted o su PCP con su consentimiento por escrito pueden solicitar una apelación externa. Para lograrlo, siga estos pasos:

1. Complete el Formulario de solicitud externo (se lo enviaremos junto con la carta de Notificación de acción)
2. Firme el formulario (esto le da a la IURO su permiso para revisar su información de apelación)
3. Envíe el formulario completo y firmado por correo a la siguiente dirección:



New Jersey Department of Banking and Insurance  
Consumer Protection Services Office of Managed Care  
P.O. Box 329  
Trenton, NJ 08625-0329

Cuando la IURO reciba su formulario y la información de apelación, tomarán una decisión dentro de los 45 días calendario. Podrá considerar que esperar 45 días calendario puede

ser perjudicial para su salud. Si es así, puede llamar al Departamento de Banca y Seguros al **1-888-393-1062** para pedir una apelación rápida (dentro de las 48 horas). (Incluso si solicita una revisión rápida, necesitará completar el formulario mencionado).

No se puede presentar una apelación externa por teléfono. Debe presentar una apelación externa por escrito. Debe usar la Solicitud de Apelación Externa que se incluye en la carta con el resultado adverso de la apelación.

Si la Solicitud de apelación externa no se incluye en la carta con el resultado adverso de la apelación, llame a la línea gratuita del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey al número **1-888-393-1062**. También puede llamar a ese número si tiene preguntas acerca de cómo presentar una apelación externa.

Aceptaremos la decisión de la IURO.

### Audiencias imparciales de Medicaid

Los miembros de NJ FamilyCare A y NJ FamilyCare ABP tienen derecho de solicitar una Audiencia imparcial de Medicaid. Si no está seguro de reunir los requisitos, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Si es elegible para una Audiencia imparcial de Medicaid, deberá solicitar una por escrito dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión adversa de apelación interna. Los 120 días incluyen fines de semana y feriados. Envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:



State of New Jersey  
Division of Medical Assistance and Health Services  
Fair Hearing Unit  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712; O

Envíe por fax la solicitud de audiencia imparcial de Medicaid completa, incluyendo la carta NOA completa al **609-588-2435**.

En la audiencia, puede actuar en su nombre. También puede pedirle a un asesor legal, pariente, amigo u otra persona que actúe en su nombre. Le dirá al juez de la Oficina de Derecho Administrativo (Office of Administrative Law, OAL) el motivo por el cual piensa que tomamos la decisión equivocada. Nosotros también daremos el motivo de nuestra decisión.

El juez escuchará ambas versiones. Dará su opinión a Medicaid. Medicaid, entonces, tomará la decisión final.

Es probable que deba pagar por los servicios si solicita que sus beneficios continúen durante la audiencia imparcial y luego se rechaza la apelación.

### **Continuación de beneficios durante Apelaciones internas y externas**

**Sus beneficios continuarán automáticamente durante las apelaciones internas y externas (IURO) si se cumplen todas las siguientes condiciones:**

- a. Usted o su proveedor presentó la apelación a tiempo
- b. La apelación implica terminar, suspender o reducir el tratamiento
- c. Un proveedor autorizado ordenó el servicio
- d. El último de estos dos eventos:
  - Solicita la apelación al tiempo que la autorización previa todavía está en efecto
  - Dentro de los 10 días luego de que le enviamos la notificación de determinación adversa de beneficios, lo que sea posterior

El plan deberá enviarle la notificación de determinación adversa de beneficios al menos 10 días calendario antes del final de la autorización aprobada anteriormente. Si no lo hacemos, ampliaremos la autorización a 10 días calendario luego de enviar la notificación.

Si usted o su proveedor no cumplen los puntos anteriores de la “a” a la “d”, usted podría no ser capaz de continuar recibiendo los beneficios. Sin embargo, tendrá 60 días desde la recepción de la notificación de determinación adversa de beneficios para pedir una apelación interna.

**Para aquellos elegibles para solicitar un Proceso de audiencia imparcial de Medicaid, la continuación de beneficios deberá ser solicitada por escrito para el último de estos dos eventos:**

- Dentro de los 10 días calendario desde la fecha de la carta de notificación de acción que sigue a una determinación adversa resultante de una apelación interna, o
- En o antes del día final de la autorización aprobada previamente, lo que sea posterior

**Duración de los beneficios continuados o restaurados:** El Plan continuará los beneficios del miembro mientras una apelación o Audiencia imparcial de Medicaid esté pendiente hasta que ocurra algo de lo siguiente:

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

- a. El miembro retira la apelación o la solicitud de una Audiencia imparcial de Medicaid
- b. El miembro no solicita una Audiencia imparcial de Medicaid y la continuación de beneficios dentro de los 10 días calendario desde la fecha de la notificación de resolución adversa de la apelación externa del miembro, lo que sea posterior o
- c. La decisión de la Audiencia imparcial de Medicaid falla en contra del miembro

En ocasiones, el Plan o un funcionario de la Audiencia imparcial del estado revocará la decisión de negar la autorización de servicios. Si esto sucede y usted recibió los servicios durante la apelación, pagaremos por dichos servicios.

### Ayuda adicional

Usted tiene el derecho, en cualquier momento, de contactar a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud en:



NJ Department of Human Services  
Division of Medical Assistance and Health Services  
P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712

Revise las preguntas y respuestas en el sitio web de NJ FamilyCare para obtener más información.

# SU MEMBRESÍA EN WELLCARE

En este capítulo, hablaremos sobre cómo inscribirse y abandonar WellCare. Afiliarse a nuestro Plan WellCare se denomina inscripción. Abandonar nuestro Plan WellCare se denomina cancelación de la inscripción. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## Inscripción

**Las siguientes personas son elegibles para inscribirse en WellCare:**

- Mujeres embarazadas
- Personas del programa de Ingreso de seguro suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Niños y familias que cumplan con ciertos límites de ingresos
- Personas ancianas, ciegas o discapacitadas

**Estas son las pautas para reunir los requisitos para Medicaid o SSI.**

- Para Medicaid, la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS) decidirá quién reúne los requisitos
- Para SSI, lo decide la Administración del Seguro Social

¿Necesita más información sobre quiénes reúnen los requisitos? Visite [www.njfamilycare.org/who\\_eligbl.aspx](http://www.njfamilycare.org/who_eligbl.aspx)

Entre el momento en que completa su solicitud de NJ FamilyCare y la fecha del inicio de su membresía con nosotros transcurre generalmente un período de 30 a 45 días. Durante este período, la DMAHS confirmará su elegibilidad. Su membresía en el plan de salud comienza el primer día del mes posterior a su aprobación. ¿Qué sucede si necesita atención médica mientras sucede esto? En ese caso lo recibirá a través del sistema regular de Cargo por servicio (FFS) o a través de su plan de salud actual.

¿Recuerda cuando completó su solicitud de inscripción/Formulario de selección del plan? Al firmar ese formulario, usted aprobó la entrega de sus registros médicos. El Coordinador de beneficios de salud del estado (HBC) nos brindó esta información para ayudarlo a moverse a nuestro plan.

### Inscripción abierta

Después de que se inscribe en el plan, comenzará una membresía de 12 meses. Durante los primeros 90 días (3 meses) de su membresía, podrá probar nuestros servicios. Este es su momento de decidir si quiere permanecer con nosotros.

¿Qué sucede si quiere cambiar de plan de salud?

Puede llamar al Coordinador de beneficios de salud del Estado (HBC) al **1-800-701-0710**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-701-0720**. Visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para conocer el horario de atención. También puede llamar a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**) para obtener más ayuda. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Al finalizar los 90 días, si no hace cambios, permanecerá con nosotros. Durante el Período de inscripción abierta del estado (del 1 de octubre al 15 de noviembre cada año), podrá cambiar de plan de salud. La única excepción a esto es si tiene un motivo “justificado” para cambiar de plan.

### Recertificación

**Conserve sus beneficios: recuerde hacer su renovación todos los años!**

Gracias por confiar en WellCare para sus necesidades de atención médica. Apreciamos a los miembros como usted. Queremos recordarle que debe renovar su cobertura de NJ FamilyCare cada año. Si no la renueva, podría perder su cobertura de atención médica.

**Formas de renovar su cobertura:**

- Por correo postal – Llene el formulario que le enviamos y devuélvalo lo más pronto posible. Si necesita un nuevo formulario, llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**)
- Por teléfono – Llame al **1-800-701-0710** (TTY: **1-800-701-0720**)
- En persona – Visite la oficina de su Agencia de Bienestar Social del Condado de su localidad. Encuentre una oficina cerca de usted.

**¿Cuándo debería renovar?**

Debe llenar una Solicitud de Renovación cada año para mantener su cobertura. Puede llamar a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**) para conocer su fecha de renovación o solicitar un formulario de renovación. Un especialista en relaciones



**Recuerde renovar su inscripción todos los años.**

comunitarias de WellCare of New Jersey puede ayudarlo con su solicitud de renovación. Llame al **1-888-453-2534** para programar una cita.

Asegúrese de informar cualquier cambio. Si su dirección ha cambiado, llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** o inicie sesión en su cuenta web de WellCare para informar el cambio. Las nuevas tarjetas de ID se pueden enviar por correo a su nueva dirección.

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con NJ FamilyCare al **1-800-701-0710**. WellCare of New Jersey no puede procesar su renovación de cobertura de Medicaid.

Mantenga su cobertura de NJ FamilyCare actualizada. ¡Es bueno para su salud!

### Reincorporación

¿Qué sucede si pierde su elegibilidad para Medicaid pero la recupera dentro de los 60 días? El Estado lo reincorporará en nuestro plan si esto sucede. Le enviaremos una carta dentro de los 10 días después de que vuelva a ser miembro. Puede elegir el mismo PCP que tenía antes o elegir uno nuevo.

### Mudanza fuera de nuestra área de servicios

Llame al coordinador de beneficios de salud si se muda de nuestra área de servicios. El número de teléfono gratuito es **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**). Ellos lo ayudarán a elegir otro plan de salud. Visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para conocer el horario de atención.

Debe ver a nuestros proveedores de la red hasta que ya no pertenezca a nuestro plan de salud.

### Cancelación de inscripción involuntaria

Usted puede ser removido de nuestro plan de salud. Las razones pueden ser:

- Ingresa a una residencia de ancianos fuera del estado
- Está institucionalizado
- Comete fraude, dispendio o abuso de sus servicios de atención médica
- Actúa de manera inapropiada, y este comportamiento no se deba a una enfermedad conocida
- Pierde su elegibilidad de NJ FamilyCare o ya no pueda ser un miembro
- Se muda fuera del estado

Nosotros NO PODEMOS removerlo del plan de salud por:

- Problemas médicos que tenía antes de convertirse en nuestro miembro
- Un cambio en su salud
- Discapacidad intelectual
- Comportamiento inapropiado debido a sus necesidades especiales
- La cantidad de servicios que usa
- Falta de cumplimiento de sus citas médicas
- No seguir el plan de su PCP para su atención

Recuerde:

- Su inscripción o abandono de nuestro plan está sujeto a la aprobación de la DMAHS
- Puede tardar entre 30 y 45 días en entrar en vigencia su solicitud para abandonar el plan
- Afiliarse a WellCare es su decisión
- Llame al coordinador de beneficios de salud si desea eliminar su suscripción y es por una causa justificada. El número de teléfono gratuito es **1-800-701-0710** (TTY **1-800-701-0720**). Ellos lo ayudarán a elegir otro plan de salud. Visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para conocer el horario de atención.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE WELLCARE

Estas son algunas de las cosas que hacemos “detrás de escena”. ¿Tiene alguna pregunta al respecto? Llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## Programas de incentivo de proveedores, operaciones y estructura del plan de salud

Para aprender más sobre la estructura y las operaciones del plan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Trabajamos con sus proveedores para asegurarnos de que reciba el cuidado adecuado en el momento indicado. Esto incluye el cuidado preventivo. A veces ofrecemos a los proveedores incentivos o bonificaciones. Hacemos esto para alentarlos a que lo controlen con sus visitas de bienestar. Lea la sección Pautas de salud preventiva en este manual. Tiene todas las visitas de bienestar que debe planificar cada año.

## Cómo pagamos a nuestros proveedores

Se preguntará cómo les pagamos a nuestros proveedores. Es posible que desee saber si el pago afectará el cuidado u otros servicios que pueda necesitar. Usted tiene el derecho a saber esto. Para obtener más información, llámenos al **1-888-453-2534** (TTY **711**). Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

## 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 miembros
- Asegurarnos de que nuestros miembros tengan un acceso justo a un cuidado seguro y efectivo

Hacemos esta revisión en las siguientes áreas:

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

### Fraude, dispendio y abusos

Los fraudes en la atención médica provocan pérdidas por miles de millones de dólares todos los años. ¿Qué son los abusos, dispendios y fraudes en la atención médica? Ocurren cuando se proporcionan datos falsos intencionalmente. Esto puede ser realizado por un miembro o por un proveedor. Podrían resultar en que una persona reciba un servicio o beneficio que no está permitido.

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

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

¿Sabe de algún caso de fraude, dispendio y abuso? Llame a nuestra línea directa de fraude las 24 horas del día si lo sabe. El número de teléfono gratuito es **1-866-678-8355 (TTY 711)**. Usted puede dejar un mensaje sin indicar su nombre. Lo llamaremos si nos deja un número de teléfono. Hacemos esto para asegurarnos de que nuestra información esté completa y sea exacta.

También puede reportar fraudes en nuestro sitio web. Ingrese en [www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey). Cuando se informa un fraude, dispendio y abuso a través de nuestro sitio web, también se mantiene la privacidad.

### Cuando tiene NJ FamilyCare y otro seguro

¿Quién paga cuando tiene NJ FamilyCare y otra cobertura?

Si tiene NJ FamilyCare y otra cobertura de seguro de salud, cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. Cuando hay más de un pagador, hay que seguir algunas normas. Estas normas deciden quién paga primero. También deciden cuánto debe pagar cada pagador por cada servicio. En algunos casos, un miembro puede tener un solo pagador, NJ FamilyCare. En algunos casos, un miembro puede tener un segundo o tercer pagador. Este puede ser Medicare u otro seguro de salud.

Muchos miembros tienen otro seguro de salud o Medicare como pagador primario, y también NJ FamilyCare/FFS como su segundo o tercer pagador. Esto incluye a personas que pertenecen a un plan de salud de Medicare Advantage (MA) como seguro primario.

En New Jersey, los planes de salud de NJ FamilyCare reemplazan a FFS como segundo (o tercer) pagador. Cuando se inscribe en un plan de salud NJ FamilyCare, NJ FamilyCare en general es el pagador de último recurso. Esto significa que Medicare o su otro seguro de salud pagan primero los servicios cubiertos. Su Plan de Salud NJ FamilyCare en general pagará al último los servicios cubiertos.

Para obtener más información, consulte el folleto de Responsabilidad de terceros. Formaba parte de su Paquete de bienvenida. También puede visitar [http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid\\_TPL\\_Coverage\\_Guide.pdf](http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/Medicaid_TPL_Coverage_Guide.pdf)

# SERVICIOS MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN MÉDICA

A través de Community Connections podrá conectarse a una amplia gama de servicios que lo ayudarán a llevar una vida mejor y más saludable.

## Community Connections de WellCare está aquí para usted

Todo el mundo merece vivir la mejor vida posible. Sin embargo, muchos factores pueden evitar que eso suceda. Una llamada a la Línea de asesoramiento de Community Connections puede ayudarlo a encontrar los servicios; además está disponible para los miembros de WellCare, para los que no son miembros y para los cuidadores. Nuestros asesores personales escucharán sus necesidades y lo derivarán a los recursos existentes en todo el país o en su área local.



Comuníquese con nosotros para recibir la ayuda que necesita **1-866-775-2192**.

### Conéctese con los servicios sociales correctos, que incluyen:

- Asistencia financiera (servicios públicos, alquiler)
- Asistencia para medicamentos
- Servicios de vivienda
- Transporte
- Grupos de apoyo
- Asistencia alimenticia
- Servicios de cuidado de niños a un precio accesible
- Asistencia para encontrar empleo o educación
- Suministros para la familia – pañales, fórmula, cunas y demás

## Aplicación para móvil MyWellCare

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

La aplicación MyWellCare en su smartphone o tableta le permite:

- Revisar su tarjeta de ID de miembro
- Buscar proveedores, clínicas de atención rápida y hospitales

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

- 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 la “Member login Screen” (Pantalla de inicio de sesión de miembros)
- Haga clic en “Not Registered” (No registrado) en la parte inferior
- Complete la Inscripción

¡Eso es todo! ¡Está listo para obtener información de salud en cualquier lugar, en cualquier momento!

Asegúrese de informar al Servicio para Miembros si desea que le enviemos mensajes de texto con recordatorios e información.

# DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Como nuestro miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre nuestro plan, servicios y proveedores y poder comunicarse y que se lo entienda con la ayuda de un traductor si es necesario.
- Recibir información sobre apelaciones en un idioma que pueda entender
- Obtener información y realizar recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades
- Conocer los nombres y los cargos de los proveedores que le prestan cuidado
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Recibir protección para su privacidad
- Elegir su PCP de nuestra red de proveedores
- Decidir con su proveedor qué tipo de cuidado recibirá
- Recibir servicios que fomenten una buena calidad de vida y autonomía, residencia independiente en su hogar y otros entornos comunitarios, mientras sea posible desde el punto de vista médico y social, y preservación y apoyo de sus sistemas de apoyo natural
- Hablar abiertamente sobre el cuidado que necesita, sin importar el costo o la cobertura de beneficios, sus opciones de tratamiento y los riesgos involucrados (esta información se le debe entregar de un modo que usted pueda entender)
- Recibir una explicación de los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos y de otros tratamientos
- Saber sobre sus necesidades de atención médica después de abandonar el consultorio del proveedor o de recibir el alta del hospital
- Saber cómo pagamos a nuestros proveedores
- Una segunda opinión médica
- Rechazar cuidados médicos, siempre que acceda a asumir la responsabilidad de su decisión
- Rehusarse a participar en cualquier investigación médica
- Presentar una apelación o protesta sobre su plan o cuidado que le suministramos; también, saber que, si lo hace, no modificará su modo de tratamiento; y saber que no puede cancelarse su inscripción en el plan por presentar una apelación
- Tener una elección de proveedores

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA MIEMBROS

- Llamar al **911** en una emergencia sin autorización previa
- Un examen de detección médica en la sala de emergencias (ER)
- No sufrir la facturación del saldo
- No ser responsable por nuestras deudas en caso de quiebra y no ser responsable por:
  - Servicios cubiertos que haya recibido y que el gobierno no nos pague
  - Servicios cubiertos que haya recibido que el gobierno o nosotros no paguemos al proveedor que brindó los servicios
  - 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 WellCare hubiera proporcionado los servicios directamente
- Estar libre de todo procedimiento peligroso o de cualquier forma de restricción o aislamiento como medio de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos de parte de sus proveedores; también, pedir que se modifiquen/corrijan los registros si es necesario (deberá solicitar esto por escrito, usted o la persona que elija usted como representante; los registros se brindarán sin costo; se enviarán dentro de los 14 días de la recepción de la solicitud)
- Mantener la privacidad de sus registros médicos
- Hacer conocer sus deseos con respecto a la atención médica por medio de directivas anticipadas
- Emitir su opinión en cuanto a nuestras políticas de derechos y responsabilidades del miembro y recomendar cambios en otras políticas y servicios que cubramos
- Apelar decisiones médicas o administrativas mediante el uso de los procesos de apelaciones y protestas
- 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 estos derechos se apliquen a la persona legalmente capacitada para tomar decisiones sobre su atención médica
- Recibir servicios de calidad, incluidos los siguientes:
  - Facilidad de acceso
  - Cobertura
  - Normas de autorización
  - Cobertura fuera de nuestra red
  - Disponibilidad

# OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS

Como miembro, tiene las siguientes responsabilidades:

- Leer el Manual para Miembros a fin de comprender cómo funciona el plan
- Llevar su tarjeta de ID de miembro en todo momento
- Renovar su cobertura de NJ FamilyCare cada año. Si no la renueva, podría perder su cobertura de atención médica
- Brindar la información que nosotros y sus proveedores necesitemos para ofrecerle cuidado
- Seguir los planes y las instrucciones de cuidado que haya acordado con su proveedor
- Comprender cuáles son sus problemas de salud
- Ayudar a establecer objetivos de tratamiento que usted y su proveedor acuerden mutuamente
- Llevar su tarjeta de HBID en todo momento
- Mostrar todas sus tarjetas de ID a cada proveedor cuando reciba cuidado
- 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, cuando sea necesario
- Cooperar con las personas que le proporcionen atención médica
- Llegar a tiempo a las citas
- Avisar al consultorio del proveedor en caso de que sea necesario cancelar o modificar una cita
- Pagar sus copagos (si los hubiera) a los proveedores
- Respetar los derechos y la propiedad de todos los proveedores
- Respetar los derechos de los otros pacientes
- No tener comportamiento inapropiado en el consultorio de su proveedor
- Conocer los medicamentos que toma, saber para qué son y cómo tomarlos correctamente
- Asegurarse de que su proveedor 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











**1-888-453-2534 (TTY 711)**



**[www.wellcare.com/New-Jersey](http://www.wellcare.com/New-Jersey)**



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.