



Los futuros saludables
comienzan con un plan.

Manual para Miembros

Advocate





WellCare Advocate

**Plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo
Manual para Miembros**

Los futuros saludables comienzan con un plan.

MANUAL PARA MIEMBROS – ADVOCATE

TABLA DE CONTENIDO

Bienvenido a WellCare Advocate	1
Cómo obtener ayuda del plan.....	2
Cosas importantes que debe saber como nuevo miembro del plan.....	3
Elegibilidad e inscripción en el plan WellCare Advocate	4
Servicios cubiertos por el plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo de WellCare Advocate.....	6
Servicios no cubiertos por WellCare Advocate	10
Cómo se les paga a nuestros proveedores.....	10
Qué debo hacer si.....	11
Autorizaciones de servicios y medidas tomadas por el plan.....	12
Otras decisiones acerca de su cuidado	13
Protestas	14
Cómo cancelar su inscripción en el programa.....	18
Derechos de los miembros.....	19
Responsabilidades de los miembros.....	19
Información sobre WellCare of New York, Inc.	20
Notificación de prácticas de privacidad	21
Directivas anticipadas.....	28
Poder de Cuidado de la Salud	28
Formulario de Poder de Cuidado de la Salud	37



BIENVENIDO A WELLCARE ADVOCATE

Bienvenido al plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo de WellCare Advocate.

Este plan fue especialmente desarrollado para personas con cobertura de Medicaid que necesitan servicios de salud y de cuidado a largo plazo, como cuidado en el hogar y cuidado personal. Estos servicios ayudan a los miembros a permanecer en sus hogares y en sus comunidades por tanto tiempo como sea posible.

Como miembro del plan, usted tiene más opciones de servicios basados en la comunidad que las disponibles con los beneficios regulares de Medicaid.

Estas opciones incluyen pero no se limitan a: servicios de cuidado personal en el hogar, servicios de enfermería, terapias física y ocupacional y cuidado de la salud diurno para adultos. Los servicios ofrecen la ayuda que usted necesita y le permiten ser una persona más activa e independiente. Un administrador de cuidado le ayudará a usted y a sus cuidadores a hallar lo que necesite en el sistema de cuidado de la salud. El administrador de cuidado es un profesional de cuidado de la salud, por lo general una enfermera o un trabajador social. Él o ella trabajará con su médico. Analizarán con usted sus necesidades de salud y de cuidado a largo plazo. También le ayudarán a decidir qué servicios le permitirán ser una persona tan independiente y saludable como sea posible.

Además, su administrador de cuidado:

- Aprobará los servicios médicamente necesarios
- Concertará y supervisará los servicios y el cuidado que usted requiera
- Coordinará el cuidado médico y el cuidado a largo plazo con todos sus proveedores
- Proveerá información a sus médicos o al hospital para ayudarle a obtener el mejor cuidado posible

Como miembro del plan, usted necesita comprometerse con su cuidado. Es importante que usted se mantenga activo, que utilice únicamente los servicios que necesite, que trate de hacer más por sí mismo, y que haga todo lo que pueda para manejar y controlar sus propias enfermedades crónicas.

Este manual para miembros le ayudará a comprender lo siguiente:

- Cómo funciona el plan
- Los beneficios que el plan le ofrece
- Cómo solicitar un servicio
- Cómo comunicarse con su administrador de cuidado
- Cómo comunicarse con Servicios a Miembros
- Cómo presentar una queja o protesta
- Cómo cancelar su inscripción en el plan

La cobertura que se explica en este manual tendrá vigencia a partir de la fecha de su inscripción en el plan. La inscripción en el plan es voluntaria.

CÓMO OBTENER AYUDA DEL PLAN

Si necesita ayuda del plan, usted puede comunicarse con su administrador de cuidado o con Servicios a Miembros.

CÓMO OBTENER AYUDA DE SU ADMINISTRADOR DE CUIDADO

Su administrador de cuidado es su principal conexión con el plan. Él o ella se comunicará regularmente con usted. Cuando necesite ayuda o tenga alguna pregunta, llame a su administrador de cuidado.

Puede llamar a su administrador de cuidado durante el horario de atención. Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Él o ella puede ayudarle a coordinar servicios, asistirlo con un proveedor, coordinar el cuidado con su médico y responder sus preguntas sobre beneficios, cuidado médico o medicamentos. Si su administrador de cuidado no puede ayudarle, él o ella se asegurará de que usted hable con una persona que pueda brindarle asistencia.

Nombre de mi administrador de cuidado: _____

Número de teléfono: _____

A veces es posible que usted necesite llamar a su administrador de cuidado fuera del horario de atención, en días feriados, o durante los fines de semana. En estos casos, un(a) enfermero(a) responderá el teléfono. Es posible que el enfermero(a) pueda responder muchas de las preguntas que usted tenga y brindarle asistencia si usted no se siente bien. Además, cuando corresponda, él o ella comunicará a su administrador de cuidado y a su médico que usted llamó, por qué llamó y qué él o ella le recomendó que hiciera.

AYUDA DE SERVICIOS A MIEMBROS

Usted puede llamar a Servicios a Miembros de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. No dude en llamar para preguntar acerca de sus beneficios, reclamaciones, reemplazo de la tarjeta de identificación, o si desea presentar una queja o apelación de servicio. También puede llamar a su administrador de cuidado, quien le asistirá en la resolución de estos problemas con Servicios a Miembros de WellCare.

Número de teléfono sin cargo de Servicios a Miembros: **1-866-661-1232**

Si usted no habla inglés, podemos ofrecerle ayuda. Deseamos que usted sepa cómo utilizar su plan de cuidado de la salud, sin importar qué idioma hable. Simplemente llámenos y encontraremos la manera de hablarle en su propio idioma. Tenemos servicios de traducción disponibles.

Asimismo, contamos con información en letras de mayor tamaño, sistema Braille y medios audibles. Nuestro número de teléfono de TTY es **1-877-247-6272**.

COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER COMO NUEVO MIEMBRO DEL PLAN

TARJETA DE ID DE MIEMBRO

Luego de su inscripción, le enviaremos una carta de bienvenida que confirmará su inscripción y la fecha de inicio de la cobertura. Su tarjeta de ID de miembro debe llegar dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que su inscripción entre en vigencia. Su tarjeta lo identifica como miembro del plan e incluye su número de identificación de miembro. Si necesita recibir cuidado médico antes de recibir la tarjeta, su carta de bienvenida es una prueba de su membresía.

Mantenga su tarjeta ID de miembro junto con su tarjeta de beneficios de Medicaid y su tarjeta de Medicare, si fuese necesario. Usted necesitará estas tarjetas para obtener los servicios que el plan no cubre.

Por favor, lleve en todo momento todas sus tarjetas de ID de cuidado de la salud, incluida cualquier tarjeta de seguro de salud privado, y también las tarjetas de Medicare y Medicaid. Cada vez que acuda a recibir cuidado médico, asegúrese de mostrárselas a su proveedor.

CÓMO OBTENER CUIDADO Y SERVICIOS

Servicios de administración de cuidado

Usted y su médico trabajarán con su administrador de cuidado para decidir qué servicios necesita y desarrollar un plan de cuidado.

Su plan de cuidado detallará los servicios que usted necesita. El plan de cuidado incluirá los tipos de servicios específicos que se le proveerán a usted y el número de visitas u horas de cuidado personal que serán cubiertas. Asimismo, indicará el período determinado para el cual dichos servicios han sido autorizados.

Nosotros actualizaremos su plan de cuidado por lo menos una vez cada 6 meses. Lo actualizaremos más frecuentemente si ocurre algún cambio en su condición y cuando caduquen las autorizaciones de servicios.

Su administrador de cuidado:

- Responderá las preguntas que usted tenga sobre su salud o cuidado médico
- Monitorizará su cuidado médico y su estado de salud
- Trabaja con sus médicos para asegurarse de que usted reciba el cuidado óptimo en el momento indicado
- Trabaja con usted y con su médico para revisar y actualizar periódicamente su plan de cuidado
- Revisará sus solicitudes de servicios
- Coordinará y supervisará los servicios provistos por el plan
- Coordinará el cuidado y los servicios con todos sus proveedores
- Trabaja con su médico y otros proveedores si usted necesita internación hospitalaria
- Planificará sus necesidades de cuidado cuando usted reciba el alta del hospital
- Brindará asistencia con los médicos y las citas médicas, y se asegurará de que usted cuente con transporte para dichos servicios

Su administrador de cuidado se comunicará con usted unos días antes de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción a fin de saber cómo está usted y asegurarse de que su Plan de Cuidado siga siendo el mejor para usted. Esto se denomina contacto de orientación a nuevo miembro.

Su administrador de cuidado hablará por teléfono frecuentemente con usted y una enfermera de reevaluación lo visitará al menos cada 6 meses. Él o ella también hablará con sus cuidadores, su médico y otros proveedores. Trabaja estrechamente con la agencia de cuidado en el hogar que le provea servicios, con otros proveedores comunitarios y con sus médicos.

Si usted se encuentra hospitalizado, su administrador de cuidado trabajará con su médico y con el hospital para planificar una transición rápida y sin inconvenientes cuando usted vuelva a la comunidad.

Es posible que usted esté recibiendo cuidado médico que continuará cuando se inscriba en el plan. En ese caso, su administrador de cuidado se comunicará con su proveedor y coordinará los servicios que deban transferirse a su nuevo plan.

Coordinación de beneficios y servicios

Por favor asegúrese de hacernos saber si usted cuenta con otro seguro de salud. Esto incluye Medicare. Coordinaremos los beneficios con el seguro de salud que usted tenga.

Si usted tiene Medicare, continuará recibiendo los mismos beneficios y servicios que tenga en ese momento. Su cobertura no tendrá cambios y usted no necesitará que los servicios de Medicare sean aprobados por WellCare. Trabajaremos con sus proveedores de Medicare y pagaremos los copagos y los montos deducibles por todos los servicios cubiertos por el plan.

Su administrador de cuidado le ayudará con los servicios que estén cubiertos por Medicare, como visitas al médico y al hospital.

Medicaid continuará pagando los copagos o los montos deducibles por los servicios cubiertos por Medicaid que no estén cubiertos por este plan. Su administrador de cuidado coordinará los servicios que no formen parte de los servicios cubiertos por el plan, como los servicios de salud mental.

Cuidado de transición

Es posible que cuando usted se convierta en miembro del plan, se encuentre bajo el cuidado de un proveedor de cuidado de la salud. Usted puede continuar el tratamiento, incluso si el proveedor no pertenece a nuestra red (por ejemplo, si usted está recibiendo cuidado dental y el tratamiento no ha concluido).

Usted puede continuar el tratamiento por un máximo de 60 días a partir de la fecha de inscripción en el plan. Su proveedor debe aceptar como pago las tarifas del plan, seguir nuestras políticas y proveernos información médica acerca de su cuidado.

A veces, un proveedor puede optar por retirarse de la red del plan. Su cuidado puede continuar por un máximo de 90 días.

Cuando usted se convierte en miembro, es posible que esté recibiendo servicios comunitarios de cuidado a largo plazo de parte de otro programa. Usted continuará recibiendo los mismos servicios que esté recibiendo por lo menos 90 días después de la inscripción. Sin embargo, durante los primeros 30 días, es posible que reciba un plan de servicio centrado en la persona y una evaluación de administración de cuidado que podría dar lugar a una reducción de sus servicios una vez que hayan transcurrido los primeros 90 días a partir de la inscripción. Si hay una reducción, usted será notificado antes de que la reducción entre en vigencia.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN EN EL PLAN WELLCARE ADVOCATE

ELEGIBILIDAD PARA EL CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO

Usted es elegible para inscribirse en el plan si:

- Tiene Medicaid; o es elegible para Medicaid
- Es un neoyorquino de 18 años de edad en adelante, elegible para Medicaid
- Es declarado elegible para el plan utilizando una herramienta de evaluación designada por el Departamento de Salud (DHO)
- Reside en el área de servicio del plan, que incluye los condados del Bronx, Kings (Brooklyn), Manhattan, Queens, Orange, Rockland, Albany, Ulster, Erie, Nassau, Suffolk, Richmond (Staten Island) y Westchester.
- Puede permanecer en su hogar de manera segura en el momento en que se inscribe en el plan
- Se espera que necesite administración de cuidado y requiera al menos uno o más de los siguientes servicios por más de 120 días a partir de la fecha en que ingresa al plan:
 - Cuidado de la salud diurno para adultos
 - Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor
 - Servicios de asistente de salud en el hogar
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Servicios de enfermería privada
 - Terapias de rehabilitación en el hogar

Usted también puede inscribirse si tiene Medicare. Su administrador de cuidado coordinará por usted sus beneficios y servicios de Medicare.

Usted no es elegible para inscribirse en el plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo de WellCare Advocate si:

- Es un residente de un centro psiquiátrico, un centro de cuidado residencial o de cuidado intermedio para personas con retardo mental (ICF/MR) o un programa de vida asistida (ALP)
- Es un paciente internado o residente de un establecimiento operado por la Oficina de Salud Mental del estado (OMH), la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias (OASAS) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del Estado de New York;
- Está inscrito en otro cuidado administrado o plan de cuidado administrado a largo plazo de Medicaid;
- Está recibiendo servicios de programas de exención (Lesión Cerebral Traumática, Transición y Derivación a un Centro de Convalecencia) un programa de tratamiento diurno de OPWDD o un programa de hospicio;
- Se espera que usted sea elegible para Medicaid durante menos de seis (6) meses o que sea elegible para Medicaid de Emergencia;
- Es una persona elegible para los beneficios de Medicaid solo con respecto a servicios relacionados con la tuberculosis;
- Está en el programa de expansión de planificación familiar o de demostración de cuidado de familias adoptivas;
- Tiene menos de 65 años y está en el programa de detección temprana de cáncer de mama y/o cáncer cervical de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y necesita tratamiento para el cáncer de mama o el cáncer cervical y no tiene otra cobertura de salud acreditable; o
- Recibe servicios de una agencia de cuidado en el hogar con licencia limitada.

CÓMO INSCRIBIRSE

Usted puede informarse acerca del plan de diferentes maneras:

- Su médico, su proveedor o una persona de una organización o agencia comunitaria pueden referirlo. Posiblemente piensen que usted es elegible para el plan y que podría beneficiarse de los servicios disponibles.
- Usted o un miembro de su familia pueden informarse acerca del plan a través de nuestro personal de ventas, en el consultorio de su médico o en un centro comunitario.
- Quizás usted sea miembro de otro plan de salud o plan farmacéutico de WellCare y sea identificado por un miembro de nuestro personal como una persona que necesita los tipos de servicios disponibles a través de este programa. El miembro de nuestro personal puede ser una enfermera de nuestro Departamento de Administración Médica, un administrador de casos, una enfermera de control de enfermedades, el Director Médico del plan, un farmacéutico del plan o un representante de Servicios a Miembros.

Nosotros hacemos un seguimiento de a cada persona referida, independientemente de la fuente, en el orden en que recibimos los referidos. Un coordinador de inscripción se comunicará telefónicamente con usted. El coordinador le proporcionará información acerca del cuidado administrado a largo plazo, la elegibilidad y las opciones del plan. El coordinador le hará algunas preguntas básicas para determinar si usted satisface los criterios básicos de elegibilidad (por ejemplo, si reside dentro del área de servicio o si tiene cobertura de Medicaid).

Si usted no tiene cobertura de Medicaid pero piensa que puede ser elegible, le ayudaremos a solicitar dicha cobertura. El coordinador deberá determinar si usted satisface los requisitos de elegibilidad mínimos para su inscripción. Es posible que él o ella le haga las siguientes preguntas:

- ¿Recibe usted actualmente servicios de cuidado de la salud en el hogar?
- ¿Necesita ayuda para realizar ciertas tareas, como bañarse o vestirse?
- ¿Cuántos medicamentos usted toma?
- ¿Necesita ayuda para tomar esos medicamentos?

Si usted satisface los criterios básicos de elegibilidad del plan, un(a) enfermero(a) de inscripciones lo visitará en su hogar. El/la enfermero(a) se reunirá con usted y con su familia, si ellos le ayudan a quedarse en su hogar. Asimismo, analizará sus necesidades y le informará acerca del plan WellCare Advocate. El/la enfermero(a) le hará preguntas acerca del cuidado de su salud y evaluará sus necesidades de cuidado médico.

Si usted satisface los requisitos mínimos y desea inscribirse en el plan, el/la enfermero(a) completará una evaluación amplia. Con información provista por usted, sus cuidadores y sus médicos, desarrollarán un Plan de Cuidado. Es posible que el/la enfermero(a) necesite reunirse varias veces con usted para delinear dicho plan.

Para finalizar, usted tendrá que firmar un acuerdo de inscripción. La inscripción es procesada por NY Medicaid Choice (NYMC), el Departamento de Servicios Sociales de su localidad (LDSS) o una entidad designada por el estado para su revisión y aprobación. Su elegibilidad para Medicaid será verificada por la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de New York o su LDSS.

El excedente de ingresos para Medicaid es la diferencia entre su ingreso mensual y el límite de ingresos establecido de Medicaid. Si sus ingresos son superiores a ese límite, usted deberá pagar la diferencia al plan de salud como parte de su cobertura de cuidado de la salud. Su pago por excedente de ingresos es determinado por la HRA o su LDSS.

La fecha de vigencia de su inscripción depende del momento en que finalice el proceso. Las solicitudes completadas que son procesadas hasta el mediodía del día 20 del mes por lo general adquieren vigencia el primer día del mes siguiente.

Si usted decide que no quiere inscribirse, puede cancelar su solicitud de inscripción en cualquier momento antes de la fecha de vigencia. Si usted necesita servicios, lo referiremos a otros proveedores.

RAZONES PARA RECHAZAR UNA INSCRIPCIÓN

Su inscripción no será aceptada si:

- Usted no satisface los requisitos de elegibilidad clínicos, de edad, de necesidad de servicios o de área de servicio.
- Usted no se siente seguro en su hogar.
- Usted era anteriormente miembro del plan y su inscripción fue cancelada contra su voluntad, y las razones de esta cancelación no han cambiado o aún no han sido resueltas.

WellCare puede informarle si usted no es elegible. Usted puede optar por retirar su solicitud. Si usted no retira su solicitud, WellCare la enviará a NY Medicaid Choice (NYMC), al Departamento de Servicios Sociales de su localidad (LDSS) o a una entidad designada por el estado para su revisión. Ellos decidirán si usted es elegible o no. Le informarán la decisión a usted y a WellCare.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO A LARGO PLAZO DE WELLCARE ADVOCATE

SERVICIOS CUBIERTOS

El plan le provee los servicios que son médicamente necesarios. Médicamente necesario significa cualquier servicio requerido para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones del afiliado que causan un sufrimiento agudo, ponen la vida en peligro, son resultado de una enfermedad o dolencia, interfieren en la capacidad del afiliado para desarrollar una actividad normal, o amenazan con producir un impedimento considerable.

Es decir, aquellos servicios que son necesarios para prevenir o tratar su enfermedad o incapacidad.

Su administrador de cuidado le ayudará a identificar los servicios que están cubiertos y seleccionará los proveedores que trabajarán con usted. Para recibir estos servicios, es posible que deba obtener una autorización previa de su administrador de cuidado o un referido de su médico.

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

Esta es una descripción resumida de sus beneficios cubiertos.

- **Cuidado de la salud diurno para adultos** – un programa de enfermería supervisada en el hogar. Los miembros reciben cualquiera de los siguientes servicios médicamente necesarios: cuidado de enfermería, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, asesoramiento nutricional, actividades recreativas terapéuticas, asesoramiento de trabajo social, podiatría, servicios odontológicos y cuidado personal, como bañarse y asearse. Por lo general, este servicio se proporciona como un sustituto del cuidado personal en el hogar y/o cuando se requieren servicios amplios de rehabilitación.
- **Terapia física, ocupacional y del habla de base comunitaria** – por lo general, son servicios provistos en entornos para pacientes ambulatorios para un miembro que requiere servicios de mayor amplitud que no pueden ser provistos en el hogar, o que se proveen más eficazmente en entornos para pacientes ambulatorios. La cobertura de Medicaid de la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla fuera del hogar se limita a 20 visitas de cada una por año calendario, excepto para los niños y jóvenes menores de 21 años y las personas con discapacidades de desarrollo.

- **Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)** – la provisión de asistencia parcial o total con servicios de cuidado personal, servicios de asistente de salud en el hogar y tareas de enfermería especializada por parte de un asistente personal dirigido por el consumidor, que puede incluir cualquier familiar, excluido el cónyuge o uno de los padres bajo la instrucción, supervisión y dirección de un consumidor o el representante designado del consumidor. El representante designado no puede ser también el asistente personal dirigido por el consumidor.
- **Cuidado dental** – los miembros reciben un máximo de 2 exámenes dentales de rutina por año. Estos incluyen limpieza y cuidado dental de restauración, como empastes y dentaduras, médicamente necesarios. Usted no necesita autorización previa para ver a un dentista. Sin embargo, debe consultar a un dentista que pertenezca a nuestra red. Si necesita un servicio dental específico que requiere autorización previa, su dentista se comunicará directamente con Healthplex, nuestro proveedor de la red dental.
- **Equipos Médicos Duraderos (DME), aparatos protésicos y ortésicos*** – equipos médicos duraderos, aparatos protésicos y ortésicos médicamente necesarios. Su administrador de cuidado trabajará junto a su proveedor a fin de coordinar la entrega y el retiro a domicilio y para el mantenimiento y la reparación de DME.
Si usted tiene algún equipo o dispositivo médico, por favor infórmenos de ello cuando se inscriba en el plan. Si el equipo es alquilado, coordinaremos los servicios con su proveedor actual de DME. Los aparatos protésicos y ortopédicos se obtienen a través de proveedores de la red. El DME y los aparatos protésicos y ortopédicos requieren una receta. Asimismo, deben estar autorizados por su administrador de cuidado.
*La cobertura de calzado e inserciones con receta se limita al uso en conjunto con una pierna ortopédica (ortésica), como parte de un plan de tratamiento para pacientes diabéticos, o si existen complicaciones del pie en niños y jóvenes menores de 21 años.
- **Apoyo ambiental** – modificaciones en el hogar o equipos médicamente necesarios que permitan a los miembros permanecer seguros en sus hogares. Ejemplos incluyen la compra de un aire acondicionado para un miembro con problemas respiratorios, instalación de una rampa o la ampliación de entradas para permitir el paso de una silla de ruedas, hasta servicios de limpieza del hogar y tareas domésticas.
- **Cuidado de los ojos** – los beneficios cubiertos incluyen exámenes oculares y anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios. Los dispositivos para mejorar la visión deficiente estarán cubiertos si son necesarios para ayudarle a desempeñarse de manera independiente. Generalmente, usted puede obtener anteojos nuevos cada dos años. Se pueden solicitar anteojos nuevos con más frecuencia (por ejemplo, si su vista empeora más de media dioptría). Si sus anteojos se rompen, pueden repararse. Los anteojos perdidos o los marcos rotos que no puedan repararse serán reemplazados con la misma receta y en el mismo estilo de marco.
- **Exámenes de la audición, audífonos y baterías para audífonos** – los beneficios incluyen exámenes de la audición y, si fuesen médicamente necesarios, audífonos. Usted puede acceder a los servicios directamente a través de un audiólogo de nuestra red, sin necesidad de comunicarse con el plan. Sin embargo, es posible que se requiera una autorización para algunos servicios. En ese caso, el audiólogo se comunicará con nosotros en su nombre.
- **Comidas entregadas a domicilio** – entrega a domicilio de comidas preparadas para aquellos miembros que no puedan prepararse la comida ellos mismos.
- **Asistencia de Salud en el Hogar (HHA) o servicios de cuidado personal** – ayuda médicamente necesaria para bañarse, comer, vestirse, ir al baño o caminar, y tareas relacionadas con la salud bajo la supervisión de una enfermera registrada. Tenga en cuenta que los beneficios del plan no incluyen HHA o servicios de cuidado personal cuyo único propósito sea brindar supervisión de seguridad, compañía personal o para proveer servicios de limpieza o tareas domésticas.
- **Cuidado de la salud en el hogar** – incluye servicios de enfermería y terapia ocupacional, física y del habla provistos en el hogar del miembro por personal de una agencia de servicios de cuidado en el hogar licenciada o por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada.
- **Servicios de medicina social** – evaluación inicial y periódica del estado de salud mental de un miembro, apoyo familiar y social, determinación de elegibilidad de sus derechos y directivas anticipadas. Incluye asesoramiento de apoyo rutinario para atender necesidades complejas del miembro y de su familia.

- **Suministros médicos/quirúrgicos**** – artículos médicamente necesarios para uso médico que se utilizan para atender una condición médica específica y que, por lo general, son descartables, no reutilizables y se emplean para un propósito médico determinado.
 - **La cobertura de Medicaid de medias de compresión y soporte se limita exclusivamente al embarazo o al tratamiento de úlceras por estasis venosa.
- **Nutrición** - evaluación de las necesidades nutricionales, educación nutricional y asesoramiento nutricional provisto por un nutricionista o dietista registrado
 - La fórmula enteral se limita a la alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía, o al tratamiento de un problema congénito del metabolismo*
 - Suplementos nutricionales: La cobertura de fórmula enteral y suplementos nutricionales está limitada a los individuos que no pueden obtener nutrición a través de otro medio, y a las tres condiciones siguientes:
 - 1) Individuos que se alimentan a través de sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía;
 - 2) Individuos con trastornos metabólicos congénitos raros; y
 - 3) Niños y jóvenes menores de 21 años de edad que requieren fórmula nutricional enteral oral líquida, cuando exista una condición documentada por la cual los nutrientes calóricos y dietéticos de los alimentos no pueden ser absorbidos o metabolizados
 - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos orgánicos incluye productos alimenticios sólidos modificados, con bajo contenido de proteína o proteína modificada
- **Suplementos nutricionales** – fórmulas enterales por tubo o alimentación por vía oral cuando un miembro tiene un diagnóstico o una condición médica que impide la absorción de los nutrientes de la comida.
- **Cuidado en un centro de convalecencia (en caso de que usted sea elegible para recibir cuidado institucional de Medicaid)** – los miembros pueden requerir la internación de corto plazo en un centro de convalecencia luego de una hospitalización con el fin de promover su recuperación. También es posible que requieran una estadía de largo plazo en caso de que el miembro, sus cuidadores, sus médicos y WellCare determinen que ya no es seguro que el miembro permanezca en su hogar. Si un miembro tiene Medicare, la mayoría de las admisiones a corto plazo están cubiertas. Si un miembro no tiene Medicare, nosotros cubriremos las admisiones por corto plazo en un centro de convalecencia que sean médicamente necesarias. Cubriremos las estadías a largo plazo cuando un miembro tenga cobertura de cuidado institucional de Medicaid.
- **Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS)** – un dispositivo electrónico conectado al teléfono que un miembro puede activar cuando se encuentra solo y ocurre una emergencia.
- **Podiatría** – el plan cubre los servicios de un podiatra licenciado para proveer cuidado de los pies médicamente necesario. Por lo general, Medicare es el pagador primario de estos servicios, de modo que usted puede acceder a ellos directamente sin necesidad de comunicarse con el plan. Nosotros pagaremos su copagos directamente al proveedor.
- **Servicio de enfermería privada** – cuidado continuo de enfermería especializada provisto en el hogar de un miembro por un profesional registrado y licenciado o por una enfermera práctica, en caso de ser médicamente necesario.
- **Servicios de terapia respiratoria** – servicios en el hogar provistos por un terapeuta en respiración licenciado. Incluye la enseñanza para utilizar los equipos, como nebulizadores u oxígeno.
- **Cuidado diurno social** – programa comunitario supervisado. Los miembros pueden socializar con otras personas y participar en actividades grupales terapéuticas de recreación, que promuevan la actividad física y la interacción social. Los miembros recibirán servicios de cuidado personal y una comida grupal.
- **Servicio de transporte sin carácter de emergencia** – en su plan de cuidado se indicará el transporte que le proporcionaremos para ayudarle a ir y a volver de las citas con sus médicos. Proveemos servicio de ambulancia, taxi o automóvil, según su necesidad. Si usted puede utilizar el transporte público, le reembolsaremos los montos directamente a usted.

Para coordinar un transporte, debe llamar directamente a su administrador de cuidado o a Servicios a Miembros. Por favor llame 2 días hábiles antes de su cita. Si llama menos de dos días hábiles antes de su cita, existe la posibilidad de que no podamos atender su necesidad. O es posible que tenga que esperar más tiempo para el viaje de ida o de vuelta.

Número sin cargo de Servicios a Miembros: 1-866-661-1232

Su administrador de cuidado: 1-800-405-7551

Informe a su administrador de cuidado o a Servicios a Miembros que usted pertenece al plan WellCare Advocate. Él o ella se comunicará con nuestro proveedor de servicios de transporte.

Por favor esté preparado para responder las siguientes preguntas:

- Tipo de transporte que necesita (por ejemplo, servicio de automóvil, ambulancia)
- Dirección donde necesita que pasen a buscarlo
- Hora a la que necesita que pasen a buscarlo
- Dirección a la cual se dirige
- Hora a la que necesita que pasen a buscarlo para el viaje de vuelta
- Cualquier necesidad especial (por ejemplo, ayuda para entrar y salir del automóvil, silla de ruedas, acompañante, etc.)

El tráfico y otras condiciones están fuera del control de WellCare y de nuestros proveedores de transporte. Aplicamos una tolerancia de 30 minutos antes de considerar que el servicio de transporte está demorado.

Todos los servicios cubiertos deben ser proporcionados por proveedores de la red de WellCare. Los miembros de WellCare Advocate pueden elegir entre una red de proveedores de WellCare, integrada por proveedores altamente calificados, ubicados, para su conveniencia, en toda nuestra área de servicios.

Los miembros y/o sus proveedores deben obtener la aprobación previa del plan para la mayoría de los servicios. Los Administradores de Cuidado trabajan con los miembros y sus proveedores para revisar las necesidades de los miembros, desarrollar planes de cuidado y aprobar los servicios y el cuidado médicamente necesarios.

Su administrador de cuidado trabajará con usted y su familia para coordinar todos sus servicios como parte de su plan de cuidado. También puede ayudarle a identificar un proveedor de la red o concertar una cita para cualquier servicio que usted requiera.

* Si usted tiene Medicare, estos servicios pueden ser pagados en forma parcial o total. Su proveedor enviará directamente la factura a Medicare. WellCare Advocate pagará los copagos y los deducibles. Si Medicare es el pagador primario, usted puede elegir cualquier proveedor que acepte Medicare.

Si Medicare deja de pagar por estos servicios, posiblemente usted deba cambiar a un proveedor perteneciente a nuestra red. Por favor tenga en cuenta, que si usted tiene Medicare o cualquier otro seguro, WellCare Advocate recibe la factura en último término.

Usted debe utilizar un proveedor que pertenezca a la red del plan y obtener una autorización previa del plan cuando sea necesario, como se explica más abajo. Usted tiene opciones de proveedores. Si no está satisfecho con su proveedor, puede elegir otro de nuestra red. Su administrador de cuidado puede ayudarlo. Tenga en cuenta que programar una cita con su nuevo proveedor puede demorar hasta 2 semanas.

Puede haber momentos en los que usted necesite un servicio cubierto por el plan, pero requiera ayuda para encontrar un proveedor.

Nosotros podemos brindarle asistencia para hallar un proveedor de nuestra red con la capacitación, experiencia o área de servicio que su cuidado requiera.

Solicite a su administrador de cuidado que le ayude a localizar un proveedor y a obtener la autorización previa para utilizar un proveedor no perteneciente a la red. Usted necesita una autorización previa para recibir servicios de proveedores no pertenecientes a la red, excepto en caso de emergencias.

SERVICIOS NO CUBIERTOS POR WELLCARE ADVOCATE

WellCare Advocate no cubre los siguientes servicios, los cuales están cubiertos por Medicare y/o Medicaid:

- Servicios para tratar el abuso de alcohol y sustancias
- Diálisis renal crónica
- Servicios de emergencia
- Transporte de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de hospital para pacientes internados
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios médicos, incluidos aquellos servicios provistos en un consultorio, una clínica, un establecimiento o en el hogar
- Medicamentos con receta y sin receta
- Servicios de radiología y de radioisótopos
- Servicios de clínica de salud rural
- Servicios provistos por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del Estado de New York

Usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid y/o Medicare. Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage, debe seguir las reglas del plan y obtener dichos servicios de un proveedor de la red. Puede optar por conservar su otra cobertura de seguro para la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Si desea confirmar si un beneficio está cubierto, llame a su administrador de cuidado. También puede llamar a Servicios a Miembros.

CÓMO SE LES PAGA A NUESTROS PROVEEDORES

Usted tiene derecho a preguntarnos si tenemos acuerdos financieros especiales con nuestros proveedores que puedan afectar su uso de los servicios. Si tiene alguna inquietud específica, llame a Servicios a Miembros.

Queremos que usted sepa que, para ciertos servicios cubiertos, como el cuidado dental y de la visión, los proveedores reciben una tarifa fija por mes por cada miembro. Esta tarifa se denomina capitación. Es siempre la misma, independientemente de que el miembro utilice o no los servicios. Para gran parte de los servicios cubiertos y no cubiertos, la mayoría de nuestros proveedores cobran un cargo por servicio, el cual es establecido por nosotros, por Medicaid y, a veces, por Medicare. Esto significa que reciben una tarifa que han aceptado por cada servicio que proveen.

Pagamos a todos nuestros proveedores en forma directa por los servicios que usted recibe. Un proveedor no debe cobrarle ninguno de los servicios cubiertos.

Si un proveedor le envía una cuenta por error, no la pague. Indique a dicho proveedor que usted es miembro del plan WellCare Advocate y que debe enviar su cuenta directamente a WellCare. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios a Miembros.

QUÉ DEBO HACER SI...

Estoy planeando ausentarme del área

Si está planeando ausentarse de nuestra área de servicio, debe informar con anticipación a su administrador de cuidado. Si usted recibe servicios en su hogar, hable con su administrador de cuidado como mínimo 5 días hábiles antes de ausentarse. Necesitamos informar a su proveedor sobre sus planes. Si usted piensa que necesitará servicios, como cuidado personal, mientras se encuentre fuera del área de servicio del plan, hable con su administrador de cuidado por lo menos 2 semanas antes de ausentarse.

Es muy importante que usted nos notifique antes de irse y antes de volver. Si no nos notifica con suficiente anticipación, no podremos coordinar cuidados o servicios para usted. Necesitamos saber a dónde viaja, en dónde se alojará, por cuánto tiempo permanecerá fuera del área y cómo podemos comunicarnos con usted.

Mientras esté fuera del área, su administrador de cuidado lo llamará para saber cómo se siente y para planificar para su regreso. Si tiene algún problema o si su condición médica se modifica, por favor llame a su administrador de cuidado al 1-800-405-7551. Necesitamos su notificación con 5 días hábiles de anticipación para coordinar su regreso. Si usted no puede notificarnos con suficiente anticipación, haremos todo lo posible por coordinar todos los servicios para cuando usted esté de regreso. Sin embargo, es posible que no podamos hacerlo.

Si permanece fuera del área de servicio por 30 o más días consecutivos, será excluido del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a su administrador de cuidado.

Si tiene que ir a una sala de emergencias o ingresar a un hospital

Si usted va a una sala de emergencias, llame a su administrador de cuidado tan pronto como sea posible. Cuanto antes sepamos, tanto antes podremos hacer el seguimiento con usted y su médico. Así podremos determinar si necesita algo o si podemos hacer algo para que usted no tenga que volver a la sala de emergencias.

Si ingresa a un hospital, por favor llame a su administrador de cuidado tan pronto como pueda. Si no puede llamar, por favor solicite a un familiar o amigo que llame por usted.

Informe al personal del hospital que usted es miembro de WellCare Health Plans. Muéstrelas su tarjeta. Solicíteles que se comuniquen con nosotros a fin de que podamos trabajar con ellos para coordinar el cuidado de seguimiento.

Necesito cuidado de emergencia

Una emergencia es una condición médica o de comportamiento que se presenta en forma repentina. Usted considera que su salud puede sufrir daños graves si no obtiene cuidado de inmediato.

Ejemplos de una emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor severo de pecho
- Sangrado que no se detiene o una quemadura grave
- Fractura de huesos
- Problemas para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- Sensación de que puede lastimarse o lastimar a otros

Algunos ejemplos de situaciones que no son emergencia: resfríos, dolor de garganta, dolor de estómago, cortes y hematomas menores y distensión muscular.

Qué debe hacer en caso de emergencia

- Llame al 911 o diríjase a una sala de emergencias. Usted no necesita autorización previa de WellCare para recibir cuidado de emergencia. Puede acudir a cualquier proveedor.
- Si no tiene la certeza de que se trate de una emergencia, llame a su médico o a su administrador de cuidado. Explíqueles qué le está pasando. Se le indicará qué hacer en su hogar, o se le dirá que acuda al consultorio de un médico o la sala de emergencias más cercana. Si cuando ocurre la emergencia usted se encuentra fuera del área de servicio del plan, vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Si regresa a su hogar durante el horario de atención, por favor llame a su administrador de cuidado. Infórmele acerca de lo sucedido y de cómo se siente. Si llama fuera del horario de atención, por favor deje un mensaje. Su administrador de cuidado hará el seguimiento con su médico de inmediato.

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS Y MEDIDAS TOMADAS POR EL PLAN

AUTORIZACIÓN PREVIA

La mayoría de los servicios cubiertos deben ser aprobados por su administrador de cuidado antes de que usted los reciba o continúe recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar la autorización previa del plan.

El procedimiento de solicitar autorización previa para un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Su plan de cuidado incluye los servicios que han sido identificados como médicamente necesarios y que han sido autorizados.

Usted o su proveedor de cuidado de la salud pueden presentar una solicitud de autorización de servicio de la siguiente manera:

- Comunicándose directamente con su administrador de cuidado
- Enviando por fax una solicitud a su administrador de cuidado al 1-888-812-5862
- Enviando una solicitud por escrito a:

WellCare Advocate – Solicitud de autorización de servicio
110 Fifth Ave., 3rd Floor
New York, NY 10011

Los servicios serán aprobados por un cierto monto y por un período de tiempo específico. Este se denomina período de autorización.

AUTORIZACIÓN CONCURRENTE

Durante un período de autorización, usted o su proveedor de cuidado de la salud pueden solicitarnos que aprobemos por más tiempo un servicio específico que ya haya sido aprobado y que sea parte de su plan de cuidado. En este caso, reevaluaremos su plan de cuidado para determinar si todavía necesita el nivel de cuidado que se está proveyendo. Esto se denomina autorización concurrente.

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión que nos permite garantizar que usted recibirá los servicios que autorizamos. El equipo de revisión está formado por médicos y personal de enfermería. Su tarea es garantizar que el tratamiento o servicio que usted haya solicitado sea médicamente necesario y resulte el más adecuado para usted.

Ellos cumplen esta función analizando su plan de tratamiento en comparación con las normas médicamente aceptables.

Una medida es toda decisión para denegar una solicitud de autorización de servicio, aprobarla por un monto o período menor que el solicitado, o reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya ha sido aprobado y que usted está recibiendo dentro de un período de autorización. Estas decisiones serán tomadas por un profesional calificado de cuidado de la salud.

Si decidimos que dicho servicio no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un revisor clínico. Este revisor puede ser un médico, un(a) enfermero(a), o un profesional del cuidado de la salud que usualmente provee el cuidado que usted solicitó.

Usted puede solicitar una copia de las normas médicas específicas que se hayan utilizado para tomar la decisión de medidas relacionadas con la necesidad médica.

Dichas normas se denominan criterios de revisión clínica.

Una vez que recibamos su solicitud, la revisaremos conforme a un proceso estándar o a un proceso de vía rápida. Usted o su proveedor de cuidado de la salud pueden solicitar una revisión de vía rápida si creen que una demora perjudicará gravemente su salud. Si la solicitud de una revisión de vía rápida es denegada, le informaremos al respecto.

Su solicitud será revisada conforme a un proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud con la rapidez que su condición médica lo exija, pero no en un plazo superior a los indicados más adelante.

Les informaremos a usted y a su proveedor, tanto por teléfono como por escrito, si su solicitud es aprobada o rechazada. También le informaremos la razón de dicha decisión. En caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión, también le explicaremos qué opciones tiene usted para apelar o solicitar audiencias imparciales sobre dicha decisión.

PLAZOS PARA PRESENTAR SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

Autorización previa

- **Revisión estándar**— tomaremos una decisión dentro de los 3 días hábiles a partir del momento en que recibamos toda la información que necesitemos. Usted tendrá novedades de nuestra parte en un plazo no superior a 14 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud. Si necesitamos más información, le informaremos a más tardar el día 14.
- **Revisión de vía rápida**—tomaremos una decisión y se la informaremos dentro de los 3 días hábiles. Si necesitamos más información, le informaremos a más tardar el último día del plazo de 3 días hábiles.

Autorización concurrente

- **Revisión estándar**— tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir del momento en que recibamos toda la información que necesitamos. Usted tendrá novedades de nuestra parte en un plazo no superior a 14 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- **Revisión de vía rápida**—tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir del momento en que recibamos toda la información que necesitamos. Usted tendrá novedades de nuestra parte en un plazo no superior a 3 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- En el caso de una solicitud de servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid después de una admisión como paciente internado, un (1) día hábil después de recibir la información necesaria; excepto cuando el día posterior a la solicitud de los servicios caiga en un fin de semana o un día feriado, en cuyo caso el plazo será de setenta y dos (72) horas después de recibir la información necesaria; pero el plazo no será, en ningún caso, superior a tres (3) días hábiles después de recibir la solicitud de los servicios. Es posible que necesitemos más información para tomar una decisión de revisión, ya sea estándar o de vía rápida, respecto a su solicitud de autorización de servicio o a su solicitud de revisión concurrente. En este caso, los plazos anteriores podrán extenderse por un máximo de 14 días. Nosotros haremos lo siguiente:
 - Escribirle e indicarle qué información necesitamos. Si su solicitud se tramita por medio de una revisión de vía rápida, lo llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación por escrito.
 - Le informaremos por qué la demora tiene como fin beneficiarlo.
 - Tomar una decisión tan rápidamente como podamos, una vez que recibamos la información necesaria. Usted tendrá novedades de nuestra parte en un plazo no superior a 14 días a partir del plazo original.

Usted, su proveedor u otra persona de su confianza pueden solicitarnos que tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tal vez usted pueda proporcionar más información al plan a fin de contribuir a decidir su caso. Puede escribirnos o llamar al **1-866-661-1232**.

Usted o una persona de su confianza pueden presentar una queja ante el plan, en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para analizar su solicitud.

Nos comunicaremos con usted para la fecha en que nuestro plazo para efectuar la revisión haya vencido. Si usted no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación por la medida tomada. Consulte la sección Apelaciones de Acciones en este manual.

OTRAS DECISIONES ACERCA DE SU CUIDADO

A veces, podemos realizar una revisión del cuidado que usted ya está recibiendo. Esta es una revisión interna llevada a cabo por WellCare para reevaluar el cuidado y los servicios. Lo hacemos para determinar si usted todavía necesita el cuidado o para evaluar la cantidad de cuidado que está recibiendo. Si determinamos que usted no necesita los servicios que actualmente recibe, esto puede resultar en la cancelación, reducción o suspensión de los beneficios. En la mayoría de los casos, debemos informarle de nuestra decisión en un plazo mínimo de 10 días antes de cambiar el servicio.

PROTESTAS

WellCare hará todo lo posible para ocuparse de sus inquietudes o problemas lo más rápido posible y de manera satisfactoria. Usted puede utilizar ya sea nuestro proceso de protestas o nuestro proceso de apelación, dependiendo del tipo de problema que tenga.

No habrá ningún cambio en sus servicios o en la forma en que usted sea tratado por el personal de WellCare o por un proveedor de cuidado de la salud por haber presentado una protesta o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda la ayuda que pueda necesitar para presentar una protesta o una apelación. Esto incluye proveerle los servicios de un intérprete, o ayuda si tiene problemas de visión y/o audición. Usted puede elegir a otra persona (como un familiar, un amigo o un proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una protesta o apelar una acción tomada por el plan, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros. Llame de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. al **1-866-661-1232**. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. Le comunicaremos si necesitamos más información para tomar una decisión. O escriba a:

WellCare Health Plans
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384

Cuando se comunique con nosotros, deberá proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una protesta?

Una protesta es cualquier comunicación de su parte hacia nosotros debido a su insatisfacción por el cuidado y el tratamiento que recibe de nuestro personal o los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien lo trató con descortesía o a usted no le agrada la calidad del cuidado o los servicios que usted ha recibido de nosotros, puede presentarnos una protesta.

El proceso de protesta

Usted puede presentarnos una protesta oralmente o por escrito. La persona que reciba su protesta la registrará y el personal correspondiente del plan supervisará su revisión. Le enviaremos una carta en la que le informaremos que hemos recibido su protesta y le ofreceremos una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su protesta y le daremos una respuesta por escrito en uno de dos plazos.

1. Si una demora aumentaría en gran medida el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas después de recibir la información necesaria.
2. Para todos los demás tipos de protestas, le notificaremos nuestra decisión dentro de los 45 días después de recibir la información necesaria, pero el proceso debe ser completado dentro de los 60 días luego de recibir la protesta. El período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si usted lo solicita, o si necesitamos más información y la demora lo favorece.

Nuestra respuesta describirá los hallazgos durante la revisión de su protesta, así como nuestra decisión al respecto.

¿Qué debo hacer para apelar una decisión sobre protesta?

Si usted no está satisfecho con nuestra decisión con respecto a su protesta, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de protesta. Usted debe presentar una apelación de protesta por escrito. Debe presentarla dentro de los 60 días hábiles después de recibir nuestra decisión inicial sobre su protesta. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito que le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hayamos designado para responder su apelación. Todas las apelaciones de protestas serán manejadas por profesionales apropiados, incluidos profesionales de cuidado de la salud en el caso de las protestas relativas a cuestiones clínicas, que no hayan participado en la decisión inicial.

Para las apelaciones estándar, tomaremos la decisión de apelación dentro de los 30 días hábiles después de recibir toda la información necesaria para tomar una decisión. Si una demora en tomar nuestra decisión aumentaría en gran medida el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de protestas abreviada. Para las apelaciones de protestas abreviadas, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de los 2 días hábiles después de recibir toda la información necesaria. Tanto en el caso de las apelaciones de protestas estándar como abreviadas, le proporcionaremos una notificación por escrito de nuestra decisión. La notificación incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en los casos que involucren cuestiones clínicas, los motivos clínicos para nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Cuando WellCare deniega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud de referido; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; reduce, suspende o termina los servicios que ya autorizamos; deniega el pago de servicios; no proporciona servicios oportunamente; o no toma determinaciones sobre una protesta o apelación dentro de los plazos requeridos, estas medidas se consideran “acciones” del plan. Una acción está sujeta a una apelación. (Para más información, vea más adelante “¿Qué debo hacer para presentar una apelación de acción?”).

Plazo para la notificación de acción

Si decidimos denegar o limitar los servicios solicitados o decidimos no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos nuestra decisión. Si proponemos reducir, suspender o terminar un servicio que está autorizado, nuestra carta será enviada al menos 10 días antes de la fecha en que preveamos cambiar el servicio.

Contenido de la notificación de acción

Toda notificación que le enviemos acerca de una acción: Explicará la acción que hayamos tomado o tengamos la intención de tomar; mencionará los motivos de la acción, incluidos los motivos clínicos, si los hubiere; describirá su derecho a presentarnos una apelación (lo cual incluye si usted también puede tener el derecho al proceso de apelación externa del estado); describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las cuales usted puede solicitar que aceleremos (abreviemos) nuestra revisión de su apelación interna; describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica tomados en cuenta al tomar la decisión, si la acción involucró cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación; describirá la información, si corresponde, que debe ser proporcionada por usted y/o su proveedor para que podamos tomar una decisión con respecto a la apelación.

Si reducimos, suspendemos o terminamos un servicio autorizado, la notificación también le informará sobre su derecho a que los servicios continúen mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que los servicios continúen; y las circunstancias en las cuales usted podría tener que pagar por los servicios si estos continuaron proporcionándose mientras estábamos revisando su apelación.

¿Qué debo hacer para presentar una apelación de acción?

Si usted no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando usted presenta una apelación, esto significa que debemos observar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si esta fue correcta. Usted puede presentar una apelación de una acción ante el plan oralmente o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar por servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 45 días calendario siguientes a la fecha indicada en la carta en la cual le notificamos sobre la acción. Si nos llama para presentar su solicitud de apelación, debe enviarnos una solicitud por escrito a menos que solicite una revisión abreviada.

¿Cómo puedo comunicarme con mi plan para presentar una apelación?

Puede comunicarse con nosotros llamando al Departamento de Servicios a Miembros. Llame de lunes a viernes de 8 a.m. de 6 p.m. al **1-866-661-1232**. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. O escriba a:

**WellCare Health Plans
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384**

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal correspondiente del plan supervisará su revisión. Le enviaremos una carta en la que le informaremos que hemos recibido su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación será revisada por personal clínico experto que no participó en la decisión o acción inicial del plan que usted está apelando.

Para algunas acciones, usted puede solicitar la continuación del servicio durante el proceso de apelación

Si usted está apelando una reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar que usted pueda continuar recibiendo estos servicios mientras decidimos sobre su apelación. Debemos continuar su servicio si usted nos lo solicita a más tardar 10 días a partir de que le enviemos por correo nuestra notificación acerca de nuestra intención de reducir, suspender o terminar sus servicios, o antes de la fecha de vigencia prevista de nuestra acción, siempre que el período original cubierto por la autorización de servicio no haya caducado. Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación, el período de la autorización original de sus servicios se haya cumplido o hasta 10 días después de que le enviemos por correo la notificación de nuestra decisión sobre la apelación, si tal decisión no lo favorece, a menos que usted haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid del Estado de New York con continuación de servicios. (Consulte la sección sobre audiencias imparciales más abajo).

Si bien usted puede solicitar una continuación de los servicios mientras su apelación está bajo revisión, si su apelación no se decide a su favor, es posible que tenga que pagar por estos servicios si se le proporcionaron solo porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras su apelación estaba siendo revisada.

¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir sobre mi apelación de una acción?

A menos que usted solicite una revisión abreviada, revisaremos su apelación de la acción tomada por nosotros como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan rápidamente como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los 30 días a partir del día en que recibamos la apelación. (El período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información y la demora lo favorece). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de ver cualquiera de los registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que hayamos tomado sobre su apelación que identificará la decisión tomada y la fecha en que la tomamos.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados, o reducirlos, suspenderlos o terminarlos, y los servicios no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios controvertidos tan pronto como su condición de salud lo requiera.

En algunos casos, usted puede solicitar una apelación “abreviada”. (Consulte la sección de proceso de apelación abreviada a continuación).

Proceso de apelación abreviada

Si usted o su proveedor considera que el plazo requerido para una apelación estándar podría resultar en un serio problema para su salud o su vida, puede solicitar una revisión abreviada de la apelación de la acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles después de recibir toda la información necesaria. El plazo para emitir nuestra decisión no será en ningún caso superior a los 3 días hábiles después de recibir su apelación. (El período de revisión se puede aumentar hasta 14 días si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información y la demora lo favorece).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de abreviar su apelación, haremos todo lo posible por comunicarnos personalmente con usted para informarle que hemos denegado su solicitud de apelación abreviada y que la manejaremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de una apelación abreviada en un plazo de 2 días después de recibir su solicitud.

Si el plan rechaza mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, la notificación que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del Estado de New York y cómo obtener una audiencia imparcial, quiénes pueden comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar que usted pueda recibir los servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud. Si denegamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, la notificación también explicará cómo solicitar al Estado de New York una “apelación externa” de nuestra decisión.

Audiencias imparciales del estado

Si no decidimos la apelación totalmente a su favor, usted puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del Estado de New York dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que le enviamos la notificación acerca de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación implicó la reducción, suspensión o terminación de servicios autorizados que actualmente está recibiendo, y usted ha solicitado una audiencia imparcial, también puede solicitar que pueda continuar recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Usted debe marcar la casilla en el formulario que envíe para solicitar una audiencia imparcial a fin de indicar que desea que los servicios en cuestión continúen siendo prestados. Su solicitud para continuar recibiendo los servicios debe hacerse dentro de los 10 días a partir de la fecha en que la decisión de la apelación fue enviada por nosotros o antes de la fecha de vigencia prevista de nuestra acción para reducir, suspender o terminar sus servicios, según la que sea posterior. Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la apelación; el período de autorización original para sus servicios finalice; o el funcionario de la audiencia imparcial del estado emita una decisión de la audiencia que no lo favorezca, según lo que ocurra primero.

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba rápidamente los servicios controvertidos y tan pronto como su condición de salud lo requiera. Si usted recibió los servicios controvertidos mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el funcionario de la audiencia imparcial.

Si bien usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su audiencia imparcial, si esta no se decide a su favor, usted puede ser responsable de pagar por los servicios que fueron objeto de la audiencia imparcial.

Apelación externa del estado

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa del Estado de New York. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan ni para nosotros ni para el Estado de New York. Dichos revisores calificados son personas aprobadas por el Estado de New York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomemos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le ofreceremos información sobre cómo presentar una apelación externa, lo cual incluye un formulario en el cual presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York dentro de los cuatro meses a partir de la fecha en que denegamos su apelación.

Su apelación externa será decidida en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles). El revisor informará la decisión final tanto a usted como a nosotros dentro de los dos días hábiles a partir de la fecha en que se tome la decisión.

Si su médico afirma que una demora perjudicará gravemente su salud, usted puede obtener una decisión más rápida. Esto se denomina apelación externa de procesamiento abreviado. El revisor de la apelación externa decidirá respecto a una apelación de procedimiento abreviado en un plazo de 72 horas o menos. El revisor informará su decisión de inmediato, tanto a usted como a nosotros, por teléfono o por fax. Posteriormente, se le enviará una carta en la que se le comunicará la decisión.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si usted solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será “la que prevalezca”.

CÓMO CANCELAR SU INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA

Usted puede optar por cancelar su inscripción

Usted puede solicitar su salida del plan WellCare Advocate en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si desea cancelar su inscripción en el plan, llame a su administrador de cuidado. Puede solicitar la cancelación de su inscripción en el plan por teléfono, o presentar una solicitud a su administrador de cuidado. Si hace su solicitud por teléfono, su administrador de cuidado se reunirá con usted en persona a la brevedad, para poder comenzar a planificar su cuidado luego de la cancelación y para solicitarle que complete un formulario de cancelación de inscripción. Este formulario indicará que usted desea cancelar su inscripción en el plan y detallará las razones de esa decisión. Si usted desea continuar recibiendo servicios comunitarios a largo plazo y vive en un condado donde es obligatorio, debe cambiar a otro plan de cuidado administrado a largo plazo.

New York Medicaid Choice o el distrito de servicios sociales local revisará su solicitud de cancelación de la inscripción. Si están de acuerdo, nos indicarán la fecha de cancelación establecida. Le notificarán a usted tal decisión y le informarán acerca de su derecho de solicitar una audiencia imparcial a Medicaid del Estado de New York. Si solicita una audiencia imparcial, usted permanecerá en el plan hasta que se haya tomado una decisión.

Haremos todo lo posible por trabajar con usted para solucionar y resolver el problema que haya dado origen a la cancelación de la inscripción.

En ciertas circunstancias, su inscripción en el plan será cancelada

Usted deberá abandonar el plan WellCare Advocate en los siguientes casos:

- Si ya no es elegible para recibir beneficios de Medicaid
- Si se muda fuera del área de servicio en forma permanente
- Si permanece fuera del área de servicio del plan por más de 30 días consecutivos
- Si permanece hospitalizado por 45 o más días consecutivos
- Si ingresa en un programa residencial operado o financiado por la Oficina de Salud Mental (OMH), la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del Estado de New York o la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias por 45 o más días consecutivos
- Si necesita recibir cuidado en un centro de convalecencia pero no es elegible para el cuidado institucional de Medicaid debido a una transferencia de recursos
- Si ya no es elegible porque se determina que usted ya no requiere servicios comunitarios a largo plazo o, en el caso de los afiliados que no son doblemente elegibles, ya no cumple el nivel de cuidado de un centro de convalecencia según lo determinado al utilizar la herramienta de evaluación establecida por el departamento
- Si se inscribe en un programa de exención de 1915 (c)
- Es encarcelado

Podremos comenzar el proceso de exclusión en los siguientes casos:

- Usted o un familiar se comportan de manera tal que nos impide proveerle el cuidado que usted necesita
- Usted no paga el excedente de ingresos para Medicaid que adeuda al plan
- Usted no está dispuesto a completar o presentar los formularios de consentimiento necesarios
- Usted no se comporta con honestidad y proporciona intencionalmente información falsa

En caso de que se requiera su exclusión del plan o si le solicitamos que se retire del plan

Su administrador de cuidado le informará a usted y a sus proveedores que tenemos la intención de solicitar la aprobación de una exclusión involuntaria de New York Medicaid Choice (NYMC) o del distrito de servicios sociales local. Le notificaremos que estamos presentando dicha solicitud, la razón y la fecha prevista de la exclusión.

NYMC o el distrito de servicios sociales local analizará cada exclusión involuntaria. Usted será excluido únicamente si el distrito de servicios sociales local está de acuerdo con nosotros. Si están de acuerdo, nos indicarán la fecha de exclusión establecida. Le notificarán a usted tal decisión y le informarán acerca de su derecho de solicitar una audiencia imparcial a Medicaid del Estado de New York. Si solicita una audiencia imparcial, usted permanecerá en el plan hasta que se haya tomado una decisión.

Haremos todo lo posible por trabajar con usted para solucionar o resolver el problema que haya dado origen a la exclusión.

Cómo ayudar a planificar sus necesidades de cuidado continuo

Antes de que su inscripción sea cancelada, usted necesitará un plan que continúe proporcionándole todas sus necesidades de cuidado. Su administrador de cuidado trabajará con usted, su médico y sus cuidadores para desarrollar este plan. Este incluirá referidos a otro plan de cuidado administrado a largo plazo o plan de cuidado administrado de Medicaid o un servicio alternativo, un agente de inscripción o servicios de protección de adultos, si es necesario, así como arreglos para transferir su cuidado.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Sus derechos como miembro del plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo de WellCare Advocate son los siguientes, usted:

- Tiene derecho a recibir cuidado médicamente necesario.
- Tiene derecho a tener un acceso oportuno a cuidado y servicios.
- Tiene derecho a gozar de privacidad con respecto a su registro médico y a cuándo recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera y en un lenguaje que usted pueda comprender.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que usted entienda; puede recibir servicios de traducción oral sin cargo.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos y a solicitar que los registros sean enmendados o corregidos.
- Tiene derecho a participar en decisiones acerca del cuidado de su salud, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Tiene derecho a actuar libremente, sin ningún tipo de limitación o reclusión como modo de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a obtener cuidado sin consideración alguna de sexo, raza, condición de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil y religión.
- Tiene derecho a ser informado dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de cuidado administrado a largo plazo, incluido cómo recibir beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si esos beneficios no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Salud del Estado de New York. Tiene derecho a utilizar el sistema de audiencia imparcial del Estado de New York. También puede solicitar una apelación externa, en los casos en que corresponda.
- Tiene derecho a designar a una persona para que hable en su nombre con respecto a su cuidado y su tratamiento.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Sus responsabilidades como miembro del plan de Cuidado Administrado a Largo Plazo de WellCare Advocate son las siguientes:

- Ser un participante activo en su cuidado y hacer todo lo posible para ayudarse a ser tan independiente y sano como pueda.
- Solicitar y utilizar los servicios de cuidado administrado a largo plazo que sean apropiados para sus necesidades y que lo ayuden a ser tan independiente como sea posible.
- Aprovechar al máximo su membresía en un plan de salud de cuidado administrado a largo plazo, utilizando servicios que no están regularmente disponibles por medio de Medicaid, y aun así obtener el cuidado que necesite.
 - Asistir a un programa de cuidado social durante el día en lugar de recibir cuidado personal en su hogar, para que pueda estar con otras personas y mantenerse activo y en condiciones físicas adecuadas.

- Recibir servicios de orden y limpieza del hogar y entrega de comidas a domicilio, en lugar de tener un asistente de salud en el hogar, para recibir únicamente la ayuda que necesite.
- Conocer sus necesidades crónicas de cuidado de la salud y aprender tanto como pueda, para saber qué es importante, cómo supervisar su propio cuidado, y qué hacer cuando sus condiciones cambien.
- Obtener autorización previa para servicios y tratamientos, según se explica en su manual para miembros, excepto cuando tenga una emergencia.
- Informar a su administrador de cuidado tan pronto como pueda si ha tenido una emergencia.
- Utilizar proveedores de la red que pertenezcan a la red de WellCare.
- Asistir a las citas o notificar a su proveedor y a su administrador de cuidado, si corresponde, que no puede asistir.
- Informar con anticipación a su administrador de cuidado si tiene planeado abandonar el área de servicio del plan.
- Hacer pagos por excedente de ingresos para Medicaid o para “reducir sus ingresos” a WellCare Health Plans. El monto del pago es determinado por la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de New York o el Departamento de Servicios Sociales de su Localidad (LDSS).
- Solicitar ayuda e información a su administrador de cuidado o a Servicios a Miembros si usted no entiende algo o si tiene alguna inquietud o problema.
- Informar a WellCare si tiene alguna idea para que podamos mejorar nuestro plan.

INFORMACIÓN ACERCA DE WELLCARE OF NEW YORK, INC.

Para aprender más sobre WellCare of New York, Inc., llame a Servicios a Miembros al 1-866-661-1232. Puede solicitar cualquiera de la siguiente información:

- Nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros de la Junta de Directores de WellCare of New York
- Estado financiero anual certificado más reciente
- Información sobre quejas de miembros en relación con WellCare Advocate
- Descripción de los criterios utilizados para tomar decisiones sobre servicios
- Descripción de los procedimientos de WellCare para proteger la confidencialidad de los registros médicos y de los miembros
- Descripción del programa de aseguramiento de calidad del plan
- Procedimientos y calificaciones que los proveedores deben satisfacer para formar parte de la red de WellCare

Notificación de prácticas de privacidad de WellCare

Esta notificación describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. Por favor revísela atentamente.

Fecha de vigencia de esta Notificación de Privacidad: 29 de marzo de 2012

Revisado a partir del 14 de mayo de 2013

La ley nos exige proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad. También nos exige proveerle una copia de esta Notificación de Privacidad que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud, como también los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud.

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

- Easy Choice Health Plan, Inc.
- Exactus Pharmacy Solutions, Inc.
- Harmony Health Plan of Illinois, Inc.
- Harmony Health Plan of Illinois, Inc., que opera como Harmony Health Plan of Missouri
- Missouri Care, Incorporated
- WellCare Health Insurance of Arizona, Inc., que opera como 'Ohana Health Plan, Inc.
- WellCare Health Insurance of Illinois, Inc.
- WellCare Health Insurance Company of Kentucky, Inc., que opera como WellCare of Kentucky, Inc.
- WellCare Health Plans of New York, Inc.
- WellCare Health Plans of New Jersey, Inc.
- WellCare of Connecticut, Inc.
- WellCare of Florida, Inc.
- WellCare of Georgia, Inc.
- WellCare of Louisiana, Inc.
- WellCare of New York, Inc.
- WellCare of Ohio, Inc.
- WellCare of South Carolina, Inc.
- WellCare of Texas, Inc., que opera en Arizona como WellCare of Arizona, Inc.
- WellCare Prescription Insurance, Inc.

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

Cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización por escrito

WellCare exige que sus empleados cumplan sus políticas y procedimientos de privacidad y seguridad para proteger su información de salud, ya sea en forma oral (por ejemplo, cuando se habla de su información de salud con personas autorizadas, por teléfono o en persona), escrita o electrónica. Las siguientes son situaciones en las que no necesitamos contar con su autorización por escrito para utilizar su información de salud o compartirla con otras personas.

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

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

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

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

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

Contratación de seguros. Podemos utilizar o divulgar su información de salud para ciertos fines de contratación de seguros. Sin embargo, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para estos fines.

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

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

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

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

- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a un médico forense o examinador médico, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte;
- a directores de funerarias, en la medida que resulte necesario para cumplir sus obligaciones; y
- en el desafortunado caso de su fallecimiento, a organizaciones que obtengan o almacenen órganos, ojos u otros tejidos, a fin de que puedan investigar si la donación o el trasplante es posible según las leyes vigentes.

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

Requisito de autorización por escrito

Podemos utilizar su información de salud con fines de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud u otros fines descritos en esta Notificación de Privacidad. Usted también puede proporcionarnos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su información de salud a cualquier persona por cualquier motivo. A menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, no podemos utilizar o divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los que se describen en esta Notificación de Privacidad. Por ejemplo, requerimos su autorización por escrito para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (si corresponde), los usos y divulgaciones de información de salud con fines de mercadeo, y las divulgaciones que constituyen una venta de su información de salud. El mercadeo es una comunicación acerca de un producto o servicio que motiva a sus destinatarios a comprar o utilizar el producto o servicio.

También puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras esta haya estado en vigor.

Sus derechos a acceder y a controlar su información de salud

Queremos informarle que usted tiene los siguientes derechos de acceso y control de su información de salud.

1. **Derecho a acceder a su información de salud.** Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información de salud, a excepción de la información: (i) incluida en notas de psicoterapia; (ii) información recopilada previendo una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, o para ser utilizada en ellos; y (iii) con algunas excepciones, información sujeta a las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos de 1988 (CLIA). Si usamos o mantenemos un registro de salud electrónico (EHR) para usted, usted tiene derecho a obtener una copia de dicho registro en formato electrónico. Además, usted tiene derecho a decirnos que enviemos una copia de su EHR a un tercero que usted designe claramente.

Si usted desea acceder a su información de salud, por favor envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Normalmente responderemos a su solicitud dentro de 30 días, si la información se encuentra en nuestras instalaciones, y dentro de 60 días si se encuentra en otro sitio. Si necesitamos más tiempo para responder, se lo haremos saber tan pronto como sea posible. Podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir los costos de las copias y el franqueo. Si usted solicita una copia de su EHR, no le cobraremos más que los costos de nuestra mano de obra para facilitársela.

Es posible que no le permitamos acceder a su información de salud si esta:

- (i) tiene una probabilidad razonable de poner en riesgo su vida o su seguridad física o la de un tercero, según lo determinado por un profesional del cuidado de la salud licenciado;
- (ii) se refiere a otra persona, y un profesional del cuidado de la salud licenciado determina que su acceso probablemente causaría daños a dicha persona; o
- (iii) un profesional del cuidado de la salud licenciado determina que su acceso como representante de otra persona probablemente causaría daños a dicha persona o a un tercero.

Si su pedido de acceso es rechazado por alguno de estos motivos, usted tiene derecho a una revisión por parte de un profesional del cuidado de la salud designado por nosotros, el cual no habrá intervenido en la decisión de denegar el acceso. Si el acceso es finalmente denegado, usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito, en la que se detallarán los motivos del rechazo.

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

Usted tiene derecho a pedir que su solicitud original, nuestro rechazo, su declaración de desacuerdo y nuestra refutación se incluyan en cualquier divulgación futura de su información de salud.

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

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

4. **Derecho a solicitar protección de privacidad adicional.** Usted tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. Si prestamos nuestro acuerdo a tal fin, implementaremos estas restricciones excepto en una situación de emergencia. No estaremos obligados a prestar nuestro acuerdo a la restricción a menos que (i) la divulgación sea con el fin de llevar a cabo el pago u operaciones de cuidado de salud y no sea de otro modo exigida por la ley, y (ii) la información de salud solo se relacione con un artículo o servicio de cuidado de la salud que usted u otra persona en su nombre haya pagado de su bolsillo y en su totalidad. Usted tiene derecho a revocar la restricción en cualquier momento.

5. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Si desea recibir comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos, por favor envíe su solicitud por escrito a la dirección indicada en la última página de esta Notificación de Privacidad. Usted debe establecer claramente en su solicitud que la divulgación de su información de salud podría ponerlo en peligro, y debe indicar cómo o dónde desea recibir las comunicaciones.

6. **Derecho a ser notificado sobre incumplimiento relativo a información de salud sin cifrar.** Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle esta Notificación de Privacidad, que contiene nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información protegida sobre la salud. Nuestra política es cifrar nuestros archivos electrónicos que contienen su información de salud, a fin de proteger la información de personas que no deben tener acceso a ella. Sin embargo, si por alguna razón experimentamos un incumplimiento en la protección de su información médica sin cifrar, tal incumplimiento le será notificado. Si tenemos más de diez personas con quienes no podemos comunicarnos debido a información de contacto desactualizada, publicaremos una notificación ya sea en nuestro sitio web (www.wellcare.com) o en un medio de comunicación importante en su área.
7. **Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene derecho a obtener, en cualquier momento, una copia impresa de esta Notificación de Privacidad, aun si esta hubiera sido recibida electrónicamente. Por favor, envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada en esta página de esta Notificación de Privacidad o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com.

Varios

1. **Información de contacto.** Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación de Privacidad, puede comunicarse con el funcionario de privacidad al **1-888-240-4946 (TTY/TDD 1-877-247-6272)**, puede llamar al número sin cargo indicado al dorso de su tarjeta de membresía, visite www.wellcare.com, o escríbanos a la siguiente dirección:

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

2. **Quejas.** Si le preocupa que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados, usted puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto indicada anteriormente. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si usted opta por presentar una queja, no tomaremos represalias ni ninguna acción en su contra por haberla presentado.
3. **Derechos adicionales.** Esta Notificación de Privacidad explica los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud, lo cual incluye los derechos de acceso y enmienda, de acuerdo con la ley federal. Algunas leyes estatales otorgan derechos aun más amplios, lo cual incluye derechos de acceso y enmienda más favorables, así como más protección con respecto a información particularmente delicada, como aquella relacionada con VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. En la medida en que la ley del estado donde usted reside le otorge más derechos que los descritos en esta Notificación de Privacidad, cumpliremos con estas leyes.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es posible que en determinado momento, usted no pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Si planifica anticipadamente, puede hacer los arreglos ahora para que sus deseos sean respetados en el futuro. En primer lugar, notifique a su familia, sus amigos y a su médico qué tipo de tratamientos desea y cuáles no. En segundo lugar, puede designar a una persona adulta de su confianza para que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que sepan qué es lo que usted desea. En tercer lugar, lo más conveniente es poner sus pensamientos por escrito. Los siguientes documentos pueden ayudarlo. No es necesario utilizar los servicios de un abogado, pero es probable que usted desee consultarlo sobre estos temas. Usted puede cambiar de parecer y modificar esos documentos en cualquier momento. Nosotros podemos ayudarlo a comprender u obtener estos documentos. Dichos documentos no modifican su derecho a recibir beneficios de cuidado de la salud de calidad. Su único objetivo es comunicar a otras personas sus deseos, en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo.

PODER DE CUIDADO DE LA SALUD

Con este documento, designa a una persona adulta de su confianza (generalmente un amigo o un familiar) para que decida por usted en cuestiones de cuidado médico, en caso de que usted no pueda hacerlo. Usted deberá hablar con esta persona para que sepa cuáles son sus deseos.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR) Y ORDEN DE NO RESUCITAR (DNR)

Usted tiene el derecho a decidir si desea recibir un tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o sus pulmones si su respiración o su circulación se detienen. Si no desea recibir un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (CPR), debe hacerlo saber por escrito. Su PCP le proveerá una orden de No Resucitar (DNR) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario de DNR para llevar con usted y/o un brazalete, a fin de indicar a cualquier proveedor médico de emergencia cuáles son sus deseos.

TARJETA DE DONANTE DE ÓRGANOS

Esta tarjeta del tamaño de una billetera indica que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otras personas en caso de que usted muera. Asimismo, marque la opción en el dorso de su licencia de conducir, para indicar a otros si desea donar sus órganos y cómo quiere hacerlo.

PODER DE CUIDADO DE LA SALUD

Cómo designar a su agente de cuidado de la salud en el Estado de New York

La Ley de Poderes sobre el Cuidado de la Salud de New York le permite designar a una persona de su confianza (por ejemplo, un familiar o un amigo cercano) para tomar decisiones de cuidado de la salud en su nombre, en caso de que usted pierda la capacidad de decidir por sí mismo. Al designar un agente de cuidado de la salud, usted puede asegurarse de que los proveedores de servicios de cuidado de la salud cumplirán sus deseos. Su agente también puede decidir cómo respetar sus deseos a medida que su condición médica cambie. Los hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deben seguir las decisiones de su agente como si fueran las suyas propias. Usted puede otorgar a la persona que seleccione como agente de cuidado de la salud el grado de autoridad que desee. Puede permitir que tome todas las decisiones de cuidado de la salud o exclusivamente ciertas decisiones. También puede darle instrucciones que esta persona deberá seguir. Este formulario también puede utilizarse para documentar sus deseos o sus instrucciones con respecto a la donación de órganos y/o de tejidos.

Acerca del Formulario de Poder de Cuidado de la Salud

Este es un importante documento legal. Antes de firmarlo, debe comprender lo siguiente:

1. Este formulario otorga a la persona que usted elige como agente, la autoridad para tomar todas las decisiones de cuidado de la salud en su nombre, incluida aquella de retirar o proveer un tratamiento de soporte vital, a menos que usted indique lo contrario en este documento. "Cuidado de la salud" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.

2. A menos que su agente sepa razonablemente cuáles son sus deseos sobre nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provistos por medio de un tubo o una línea intravenosa), no se le permitirá rechazar o aceptar esas medidas por usted.
3. Su agente comenzará a tomar decisiones en su nombre cuando su médico determine que usted no puede tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismo.
4. En este formulario, usted puede indicar ejemplos de los tipos de tratamiento que no desearía y/o aquellos que sí quiere estar seguro de recibir. Las instrucciones pueden utilizarse para limitar la capacidad de decisión del agente. Al tomar decisiones en su nombre, su agente debe seguir sus instrucciones.
5. Para completar este formulario, no es necesario recurrir a un abogado.
6. Usted puede elegir a cualquier adulto (18 años de edad en adelante), incluido un familiar o un amigo cercano, para que sea su agente. Si usted selecciona a un médico como su agente, este deberá escoger entre actuar como su agente o como médico de cabecera, ya que un médico no puede cumplir ambas funciones al mismo tiempo. Además, si usted es un paciente o un residente de un hospital, centro de convalecencia o institución de salud mental, existen restricciones especiales para designar a una persona que trabaje en ese centro como su agente. Pídale al personal del centro que le explique en qué consisten dichas restricciones.
7. Antes de designar a una persona como agente de cuidado de su salud, hable con ella para asegurarse de que esté dispuesta a actuar como su agente. Infórmele que usted desea elegirla como agente de cuidado de su salud. Hable con su agente acerca de sus deseos sobre el cuidado de su salud y sobre este formulario. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no puede ser demandado por las decisiones de cuidado de la salud que haya tomado de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como agente de cuidado de su salud y más tarde se divorcia o se separa legalmente, su ex cónyuge ya no podrá desempeñarse como su agente conforme a la ley, a menos que usted disponga lo contrario. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede indicar esto en su formulario actual y fecharlo, o completar un nuevo formulario para designarlo.
9. Aunque usted haya firmado este formulario, tiene derecho a tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismo, siempre que esté en condiciones de hacerlo; además, un tratamiento no podrá administrarse o suspenderse si usted se opone, y su agente tampoco tendrá facultad alguna para hacer objeciones.
10. Usted puede cancelar la autoridad otorgada a su agente, informando a éste o a su proveedor de cuidado de la salud verbalmente o por escrito.
11. La designación de un agente de cuidado de la salud es voluntaria. Nadie puede exigirle que realice tal designación.
12. En este formulario, usted puede expresar sus deseos o sus instrucciones con respecto a la donación de órganos y/o tejidos.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

¿Por qué debo elegir un agente de cuidado de la salud?

Si usted queda incapacitado, incluso temporalmente, para tomar decisiones de cuidado de la salud, otra persona debe decidir por usted. Los proveedores de servicios de cuidado de la salud suelen recurrir a los familiares para obtener orientación. Los familiares pueden expresar lo que, en opinión de ellos, usted desea en relación con un tratamiento particular. Sin embargo, en el Estado de New York, solo un agente de cuidado de la salud designado por usted tiene autoridad legal para tomar decisiones de tratamiento, en caso de que usted se vea incapacitado para decidir por sí mismo. La designación de un agente le permite controlar su tratamiento médico de las siguientes maneras:

- Permitiendo a su agente tomar decisiones de cuidado de la salud en su nombre tal como usted desearía
- Eligiendo a una persona para tomar decisiones de cuidado de la salud porque usted considera que ella decidiría de la mejor manera
- Eligiendo a una persona para evitar un conflicto o confusión entre familiares y/o seres queridos

También puede designar un agente suplente para que asuma la función, si la persona que elige en primer lugar no puede tomar decisiones por usted.

¿Quiénes pueden desempeñarse como agente de cuidado de la salud?

Toda persona de 18 años en adelante puede ser agente de cuidado de la salud. La persona que usted designe como agente o agente suplente no puede firmar como testigo en su Formulario de Poder de Cuidado de la Salud.

¿Cómo se designa un agente de cuidado de la salud?

Todos los adultos capaces, de 18 años en adelante, pueden designar un agente de cuidado de la salud firmando un Formulario de Poder de Cuidado de la Salud. No es necesario recurrir a un abogado o a un notario, sino simplemente a 2 testigos adultos. Su agente no puede firmar como testigo. Usted puede utilizar el formulario impreso incluido en este manual, pero su uso no es obligatorio.

¿Cuándo comienza mi agente de cuidado de la salud a tomar decisiones en mi nombre?

Su agente comienza a tomar decisiones de cuidado de la salud una vez que su médico decide que usted ya no puede tomar por sí solo estas decisiones. Siempre que pueda tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismo, usted tendrá derecho a hacerlo.

¿Qué decisiones puede tomar mi agente de cuidado de la salud?

A menos que usted limite la autoridad de su agente, este podrá tomar cualquier decisión de cuidado de la salud que usted tomaría si pudiera decidir por sí mismo. De conformidad con los deseos e intereses expresados por usted, su agente puede resolver que usted debe recibir tratamiento, optar entre diferentes tratamientos y decidir que estos no deben proporcionarse. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones relativas a nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua provista por medio de un tubo o línea intravenosa) si él o ella conoce sus deseos a partir de lo que usted haya dicho o escrito. El Formulario de Poder de Cuidado de la Salud no otorga a su agente la capacidad de tomar en su nombre decisiones que no estén relacionadas con el cuidado de la salud, como decisiones financieras.

¿Por qué necesito designar un agente de cuidado de la salud si soy joven y estoy saludable?

Es conveniente designar un agente de cuidado de la salud, aunque usted no sea una persona de edad o no esté terminalmente enfermo. El agente de cuidado de la salud puede actuar en su nombre si usted queda temporalmente incapacitado para tomar decisiones sobre su propia salud (tal como ocurriría si estuviera bajo anestesia general o hubiera entrado en coma debido a un accidente). Cuando usted vuelva a estar en condiciones de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud, el agente ya no estará autorizado para actuar.

¿Cómo tomará mi agente de cuidado de la salud las decisiones?

Su agente debe seguir los deseos expresados por usted, así como sus creencias morales y religiosas. Usted puede establecer instrucciones por escrito en su formulario de poder de cuidado de la salud, o simplemente discutir las con su agente.

¿Cómo hará mi agente de cuidado de la salud para conocer mis deseos?

Si usted mantiene con su agente una discusión franca y sincera acerca de sus deseos, esta persona estará en mejores condiciones de atender sus intereses. Si su agente no conoce sus deseos o creencias, está legalmente obligado a actuar teniendo en cuenta sus intereses. Dado que esta es una importante responsabilidad para la persona designada como agente de cuidado de la salud, es preciso que usted discuta con ella qué tipos de tratamiento desea que le administren o no en circunstancias como las siguientes:

- Si usted desea que se inicie, se mantenga o se retire el sistema de soporte vital, en caso de encontrarse en un estado de coma permanente
- Si usted desea que se inicien, se mantengan o se retiren tratamientos, en caso de tener una enfermedad terminal
- Si usted desea que se inicien, no se inicien, se mantengan o se retiren los sistemas de nutrición e hidratación artificiales y en qué tipos de circunstancias

¿Puede mi agente de cuidado de la salud dejar de lado mis deseos o mis instrucciones previas al tratamiento?

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente deseos particulares, o impartió instrucciones de tratamiento particulares, su agente tiene la obligación de cumplir dichos deseos o instrucciones, a menos que tenga fundamentos de buena fe para creer que sus deseos han cambiado o que no se aplican a las circunstancias.

¿Quién prestará atención a mi agente?

Todos los hospitales, centros de convalecencia, médicos y demás proveedores de cuidado de la salud están legalmente obligados a proporcionar a su agente de cuidado de la salud la misma información que le proveerían a usted así como aceptar las decisiones de su agente como si fueran las suyas propias. Si un hospital o centro de convalecencia pone objeciones a algunas opciones de tratamiento (como suspender ciertos tratamientos), deben informárselo a usted o a su agente ANTES o en el momento de la internación, si fuese razonablemente posible.

¿Qué sucede si mi agente de cuidado de la salud no está disponible cuando se deba tomar decisiones?

Usted puede designar un agente suplente para que decida por usted si su agente de cuidado de la salud no está disponible, está incapacitado o no está dispuesto a actuar en el momento en que deben tomarse las decisiones. De lo contrario, los proveedores de servicios de cuidado de la salud decidirán según las instrucciones que usted haya dado mientras estaba en condiciones de hacerlo. En esas circunstancias, toda instrucción que usted indique en su Formulario de Poder de Cuidado de la Salud será seguida por los proveedores.

¿Qué sucede si cambio de parecer?

Usted puede cancelar muy fácilmente el Poder de Cuidado de la Salud para cambiar la persona elegida como agente, o cualquier instrucción o limitación que haya incluido en el formulario. Simplemente, complete un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de Cuidado de la Salud caduca en una fecha determinada o en caso de que ocurran ciertos eventos. De lo contrario, el poder será válido indefinidamente. Si usted elige que su cónyuge sea su agente de cuidado de la salud o el suplente de dicho agente y luego se divorcia o se separa legalmente, la designación quedará automáticamente cancelada. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede indicar esta circunstancia en su formulario actual y fecharlo, o completar un nuevo formulario para designarlo.

¿Puede mi agente de cuidado de la salud ser legalmente responsable por las decisiones tomadas en mi nombre?

No. Su agente no será responsable por las decisiones de cuidado de la salud tomadas de buena fe en su nombre. Además, no puede ser considerado responsable por los costos de su cuidado simplemente por ser su agente.

¿Es el Poder de Cuidado de la Salud lo mismo que un testamento vital?

No. El testamento vital es un documento que provee instrucciones específicas sobre decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. Usted puede incluir esas instrucciones en su Formulario de Poder de Cuidado de la Salud. El Poder de Cuidado de la Salud le permite elegir a una persona de su confianza para que tome decisiones de cuidado de la salud en su nombre. A diferencia de un testamento vital, el Poder de Cuidado de la Salud no le exige que usted conozca anticipadamente todas las decisiones que puedan surgir. Más bien, su agente de cuidado de la salud puede interpretar sus deseos a medida que cambien las circunstancias médicas, y tomar decisiones que usted no haya podido anticipar.

¿Dónde debo guardar mi Poder de Cuidado de la Salud una vez que se haya firmado?

Conserve una copia en su billetera o su bolso junto con otros documentos importantes, pero no en un lugar donde nadie pueda acceder a ella, como una caja de seguridad. Lleve una copia con usted en caso de que sea internado en el hospital, incluso para cirugía menor, o si tiene que someterse a cirugía como paciente ambulatorio.

¿Puedo utilizar el Formulario de Poder de Cuidado de la Salud para expresar mis deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos?

Sí. Utilice la sección opcional sobre donación de órganos y tejidos del Formulario de Poder de Cuidado de la Salud, y no olvide completar esa sección en presencia de dos testigos. Puede especificar que sus órganos y/o tejidos sean utilizados con fines de trasplante, investigación o educativos. Cualquier limitación asociada a sus deseos debe anotarse en esta sección del poder. El hecho de no incluir deseos o instrucciones en su Formulario de Poder de Cuidado de la Salud no se interpretará en el sentido de que usted no desea ser un donante de órganos y/o tejidos.

¿Puede mi agente de cuidado de la salud tomar decisiones en mi nombre respecto a la donación de órganos y/o tejidos?

No. La facultad de un agente de cuidado de la salud para tomar decisiones en su nombre finaliza cuando usted fallece. El hecho de indicar sus deseos en su Formulario de Poder de Cuidado de la Salud le permite declarar claramente su voluntad respecto a la donación de órganos y tejidos.

¿Quiénes pueden prestar consentimiento a la donación si opto por no declarar mis deseos en este momento?

Es importante que usted indique sus deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos ya que, de esta manera, los familiares que sean consultados al respecto estarán al tanto de los mismos. Sin embargo, la ley de New York establece una lista de personas que están autorizadas para prestar consentimiento en su nombre respecto a dicha donación. En orden de prioridad, esas personas son las siguientes:

Su cónyuge, un hijo o hija mayor de 18 años de edad, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años de edad, un tutor designado judicialmente antes del fallecimiento del donante, o cualquier otra persona legalmente autorizada.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE PODER DE CUIDADO DE LA SALUD

Punto (1)

Indique el nombre, dirección particular y número de teléfono de la persona que selecciona como su agente.

Punto (2)

Si desea designar un agente suplente, indique el nombre, dirección particular y número de teléfono de la persona que selecciona como agente suplente.

Punto (3)

Su Poder de Cuidado de la Salud continuará teniendo validez indefinidamente, a menos que usted fije una fecha o una condición para su caducidad. Esta sección es opcional, y debe ser completada únicamente si usted desea que su Poder de Cuidado de la Salud caduque en algún momento.

Punto (4)

Si usted desea dejar instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Además, si desea limitar de algún modo la autoridad de su agente, puede indicar tal circunstancia en esta sección o discutir el tema con su agente. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará facultado a tomar todas las decisiones de cuidado de la salud que usted hubiera podido tomar, incluso prestar consentimiento al tratamiento de soporte vital o rechazar dicho tratamiento. Si usted desea otorgar a su agente una autoridad amplia, puede dejarlo establecido en el formulario.

Simplemente escriba: “He discutido mis deseos con mi agente de cuidado de la salud y su suplente, y ambos conocen mis deseos, entre ellos los relativos a nutrición e hidratación artificiales.” Si usted desea redactar instrucciones más específicas, puede indicar lo siguiente:

- “Si contraigo una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...”
- “Si estoy en coma o mi entendimiento consciente es escaso, sin ninguna esperanza de recuperación, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...”
- “Si tengo daño cerebral o una enfermedad en el cerebro que me incapacite para reconocer personas o hablar, y no hay ninguna esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...”
- “He discutido con mi agente mis deseos acerca de _____ y es mi intención que mi agente tome todas las decisiones con respecto a esas medidas”.

A continuación se indican ejemplos de tratamientos médicos con respecto a los cuales tal vez usted desee dejar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| • Respiración artificial | • Terapia de electroshock | • Trasplante |
| • Nutrición e hidratación artificial | • Antibióticos | • Transfusiones de sangre |
| • Resucitación cardiopulmonar | • Procedimientos quirúrgicos | • Aborto |
| • Medicación antipsicótica | • Diálisis | • Esterilización |

Punto (5)

Usted debe indicar la fecha y firmar en este formulario de Poder de Cuidado de la Salud. Si no está en condiciones de firmarlo por sí mismo, puede indicar a otra persona que lo firme en su presencia. No olvide incluir su dirección.

Punto (6)

En este formulario, usted también puede expresar sus deseos o sus instrucciones con respecto a donación de órganos y/o tejidos. El agente de cuidado de la salud no puede tomar decisiones respecto a la donación de órganos y/o tejidos, ya que su autoridad finaliza cuando usted fallece. La ley establece que ciertas personas pueden prestar consentimiento en su nombre respecto a dicha donación; en orden de prioridad, esas personas son las siguientes: su cónyuge, un hijo o hija mayor de 18 años de edad, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana mayor de 18 años de edad, un tutor designado judicialmente antes del fallecimiento del donante, y cualquier otra persona legalmente autorizada.

Punto (7)

El Formulario de Poder de Cuidado de la Salud debe ser firmado por dos testigos de 18 años en adelante. La persona designada como su agente o agente suplente no puede firmar como testigo.

FORMULARIO DE PODER DE CUIDADO DE LA SALUD

(1) I, _____

por el presente designo a _____
(nombre, dirección y número de teléfono del hogar)

como mi agente de cuidado de la salud para tomar todas las decisiones en mi nombre relacionadas con dicho cuidado, excepto en la medida en que yo establezca lo contrario. Este poder adquirirá vigencia solamente cuando yo me vea incapacitado para tomar decisiones sobre mi propia salud y únicamente en ese caso.

(2) Opcional: Agente suplente

Si la persona que designo para actuar como mi agente de cuidado de la salud estuviese incapacitada, o no estuviese dispuesta o disponible para hacerlo, por el presente designo a

(nombre, dirección y número de teléfono del hogar)

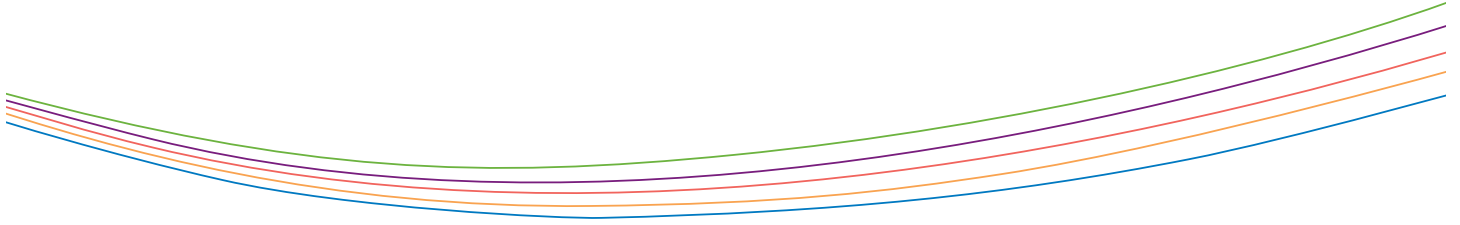
como mi agente de cuidado de la salud para tomar todas las decisiones en mi nombre relacionadas con dicho cuidado, excepto en la medida en que yo establezca lo contrario.

(3) Este poder permanecerá en vigencia indefinidamente, a menos que yo lo revoque o indique una fecha de caducidad o circunstancias en las cuales el mismo habrá de caducar. (Opcional: Si usted desea que este poder caduque, indique la fecha o las condiciones en esta sección). Este poder caducará (especifique la fecha o las condiciones):

(4) Opcional: Indico a mi agente de cuidado de la salud que tome decisiones de cuidado de la salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, tal como él o ella tiene conocimiento o según se indica a continuación. (Si usted desea limitar la autoridad de su agente para tomar decisiones de cuidado de la salud en su nombre, o desea darle instrucciones específicas, puede indicar sus deseos o limitaciones en esta sección.) Indico a mi agente de cuidado de la salud que tome decisiones de cuidado de la salud de acuerdo con las siguientes limitaciones y/o instrucciones (si es necesario, adjunte páginas adicionales):

Para que su agente pueda tomar decisiones de cuidado de la salud por usted con respecto a nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua provistas por medio de un tubo o una línea intravenosa), debe conocer sus deseos razonablemente. Usted puede informar a su agente sobre sus deseos o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones sobre el modelo de texto que puede utilizar si desea incluir sus deseos en este formulario, incluidos aquellos sobre nutrición e hidratación artificiales.





110 5th Ave., 2nd & 3rd Floors | New York, NY 10011
1-866-661-1232 | Los usuarios de TTY/TDD 1-877-247-6272
De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
www.wellcare.com