



Family Care  
Manual para miembros

# Member Handbook

[www.inclusa.org](http://www.inclusa.org)

Toll-Free: 1-877-622-6700 | TTY: 711 or 1-715-204-1799

**Family Care**  
**Manual para miembros**

## Índice

<b>Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>6</b>
Información de contacto de <i>Inclusa</i> .....	6
Otros contactos importantes.....	7
<b>Capítulo 2. Bienvenida e introducción .....</b>	<b>13</b>
Bienvenido a <i>Inclusa</i> .....	13
¿Cómo puede ayudarme el programa Family Care?.....	13
¿Quién me ayudará?.....	13
¿Quién me prestará los servicios?.....	14
<b>Capítulo 3. Lo que debe saber sobre los servicios que recibirá .....</b>	<b>15</b>
¿Cómo se elabora mi plan de cuidados de la salud?.....	15
¿Qué debería incluir su plan de cuidados?.....	16
¿Cómo se seleccionan y aprueban los servicios?.....	16
Apoyos autogestionados .....	17
¿Qué pasa si cambian mis necesidades? .....	18
¿Cómo utilizo la red de proveedores?.....	18
¿Cómo me ayuda Family Care a gestionar mis servicios? .....	18
¿Qué debo hacer en caso de emergencia?.....	19
¿Cómo puedo conseguir cuidados fuera del horario normal de oficina? .....	19
¿Qué ocurre si necesito cuidados fuera de casa durante un periodo determinado? .....	20

<b>Capítulo 4. Servicios de Family Care.....</b>	<b>21</b>
¿Qué servicios brinda Family Care?.....	21
Servicios de Family Care.....	22
¿Qué servicios no se brindan?.....	29
Servicios o establecimiento “en lugar de” .....	30
<b>Capítulo 5. Cómo entender quién paga los servicios y la coordinación de sus beneficios .....</b>	<b>32</b>
¿Tendré que pagar algún servicio? .....	32
¿Cómo puedo realizar un pago?.....	34
¿Qué pasa si recibo una factura por los servicios? .....	34
¿Family Care paga los servicios residenciales o los hogares de ancianos? .....	34
¿Cómo se coordinan Medicare y los beneficios de mi otro seguro?.....	35
¿Qué es la estate recovery (recuperación de patrimonio)? ¿Cómo se aplica en mi caso?.....	35
<b>Capítulo 6. Sus derechos .....</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo 7. Sus responsabilidades .....</b>	<b>39</b>
<b>Capítulo 8. Quejas formales y apelaciones .....</b>	<b>41</b>
Introducción .....	41
Quejas formales .....	42
Apelaciones.....	45
Audiencias estatales imparciales.....	49
¿Quién puede ayudarme con mi queja formal o apelación? .....	51
<b>Capítulo 9. Término de su membresía en <i>Inclusa</i>.....</b>	<b>53</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>54</b>
Apéndice 1. Glosario .....	54

Apéndice 2. Solicitud de reducción del costo compartido.....58

Apéndice 3. Modelo de Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios).....59

Apéndice 4. Formulario de solicitud de apelación de *Inclusa* .....60

Apéndice 5. Formulario de solicitud de audiencia estatal imparcial .....61

Apéndice 6. Aviso de prácticas de privacidad .....62

## Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes

### Información de contacto de *Inclusa*

- Número de teléfono general Toll-Free: 1-877-622-6700
- Ubicaciones de las oficinas de MCO:

Inclusa Main Office (Stevens Point)  
8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday – Friday  
Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
Fax: 1-715-345-5725  
Website: [www.inclusa.org](http://www.inclusa.org)

- Servicios para miembros:

Asistencia fuera del horario de atención  
**Toll-Free:** 1-877-622-6700  
4:30 p.m. – 8:00 a.m. on Weekdays  
24 hours a day on Weekends & Holidays

- Especialistas en derechos de miembros  
El personal de servicios para miembros puede explicar los derechos de los miembros. Están para ayudarlo en caso de que tenga un reclamo o una queja formal. Pueden brindarle información o ayuda si desea apelar una decisión tomada por su equipo.

Toll-Free: 1-877-622-6700  
8:00 a.m. – 4:30 p.m. Monday-Friday

**Si tiene una emergencia, llame al 911**

## Otros contactos importantes

### Servicios de protección para adultos (Adult protective services)

Cada condado cuenta con una agencia para investigar los incidentes denunciados de abuso, negligencia, explotación económica y autoabandono. Llame a la línea de ayuda de su condado para hablar con alguien sobre el abuso conocido o sospechado de un adulto (de 18 a 59 años) o de un adulto de 60 años o más.

**Adams County** (Health & Human Services Department)

Phone: 608-339-4505

- **Ashland County** (Health & Human Services Department)

Phone: 715-682-7004

- **Barron County** (Department of Health & Human Services)

Phone: 715-537-5691

- **Bayfield County** (Department of Human Services)

Phone: 715-373-6144

- **Brown County** (Human Services)

Phone: 920-448-7885

- **Buffalo County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 866-578-2372

- **Burnett County** (Health & Human Services Department)

Phone: 715-349-7600

- **Calumet County** (Department of Health & Human Services)

Phone: 920-849-1400

- **Chippewa County** (Department of Human Services)

Phone: 715-726-7788

- **Clark County** (Department of Social Services)

Phone: 866-743-5233

- **Columbia County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 608-742-9233

- **Crawford County** (Human Services Department)

Phone: 608-326-0248

- **Dane County** (Department of Human Services)

Phone: 608-261-9933

- **Dodge County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 920-386-3580

- **Door County** (Human Services)

Phone: 920-746-7155

- **Douglas County** (Department of Health & Human Services)

Phone: 715-395-1304

- **Dunn County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-232-4006
- **Eau Claire County** (Department of Human Services)  
Phone: 715-839-7118
- **Fond Du Lac County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 920-929-3466
- **Forest County** (Human Services Department)  
Phone: 888-452-3296
- **Florence County** (Department of Human Services)  
Phone: 715-478-7709
- **Grant County** (Department of Social Services)  
Phone: 608-723-2136
- **Green County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-328-9499
- **Green Lake County** (Health and Human Services)  
Phone: 920-294-4070
- **Iowa County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-930-9835
- **Iron County** (Human Services Department)  
Phone: 715-561-3636
- **Jackson County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 844-493-4245
- **Jefferson County** (Human Services)  
Phone: 920-674-3105
- **Juneau County** (Department of Human Services)  
Phone: 608-847-2400
- **Kewaunee County** (Human Services)  
Phone: 920-338-0626
- **La Crosse County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-500-3910
- **Lafayette County** (Human Services)  
Phone: 608-776-4800
- **Langlade, Lincoln, and Marathon Counties** (North Central Community Services)  
Phone: 855-487-3338 or 715-841-5160
- **Manitowoc County** (Department of Human Services)  
Phone: 920-683-4230
- **Marinette County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-732-3850

- **Marquette County** (Human Services)  
Phone: 608-297-3124
- **Menomonee County** (Health & Human Services)  
Phone: 715-799-3861
- **Milwaukee County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 866-229-9695
- **Monroe County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 800-500-3910
- **Oconto County** (Health & Human Services)  
Phone: 920-834-7000
- **Oneida County** (Department of Social Services)  
Phone: 715-369-7499
- **Outagamie County** (Health and Human Services)  
Phone: 920-832-5169
- **Ozaukee County** (Human Services)  
Phone: 262-284-8200
- **Pepin County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 866-578-2372
- **Pierce County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 715-273-6780
- **Polk County** (Human Services Department)  
Phone: 715-485-8400
- **Portage County** (Health & Human Services Department)  
Phone: 715-345-5350
- **Price County** (Health & Human Services)  
Phone: 715-339-2158
- **Richland County** (Aging and Disability Resource Center)  
Phone: 608-647-4616
- **Rock County** (Human Services Department – ADRC)  
Phone: 608-741-3600 or 855-741-3600
- **Rusk County** (Department of Health & Human Services)  
Phone: 715-532-2299
- **St. Croix County** (Department of Health and Human Services)  
Phone: 715-246-8255
- **Sauk County** (Department of Human Services)  
Phone: 608-355-4200
- **Sawyer County** (Health & Human Services Department)  
Phone: 800-569-4162
- **Shawano County** (Department of Social Services)

Phone: 715-526-4700

- **Sheboygan County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 920-467-4700

- **Taylor County** (Human Services Department)

Phone: 715-748-3332

- **Trempealeau County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 800-273-2001

- **Vernon County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 800-500-3910

- **Vilas County** (Department of Social Services)

Phone: 715-479-3668

- **Walworth County** (Department of Health & Human Services)

Phone: 262-741-3200

- **Washburn County** (Health & Human Services Department)

Phone: 715-468-4747

- **Washington County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 262-335-4497

- **Waukesha County** (Aging and Disability Resource Center)

Phone: 262-548-7848

- **Waupaca County** (Health and Human Services)

Phone: 715-258-6400

- **Waushara County** (Department of Human Services)

Phone: 920-787-6618

- **Winnebago County** (Department of Human Services)

Phone: 877-886-2372

- **Wood County** (Department of Social Services)

Marshfield Area Phone: 715-387-6374

Wisconsin Rapids Area Phone: 715-421-8600

## **Los Aging and disability resource centers (centros de recursos para el envejecimiento y la discapacidad)**

Los Aging and disability resource centers (centros de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC) son el primer lugar adonde acudir para obtener información precisa y objetiva relacionada con el envejecimiento o la vida con una discapacidad. Los ADRC son lugares amigables y acogedores donde cualquiera (personas, familiares, amigos o profesionales) puede acudir para obtener información específica para su situación. Los ADRC proveen información respecto a programas y servicios, ayudan a las personas a entender sus opciones de

*DHS Approval 09/23/2025*

Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes  
P-00649S (05/2025)

cuidado a largo plazo y las ayudan a solicitar programas y beneficios. Los ADRC en las regiones de servicio de Inclusa son: Call 844-WIS-ADRC (844-947-2372).

Visite [dhs.wi.gov/adrc](https://dhs.wi.gov/adrc) para obtener más información sobre los ADRC.

## Programas del Ombudsman (defensor del pueblo)

Un ombudsman (defensor del pueblo) es un defensor o ayudante independiente que no trabaja para Inclusa. Cualquier persona que reciba servicios de Family Care puede obtener ayuda gratuita de un ombudsman (defensor del pueblo). La organización a contactar depende de la edad del miembro.

- Si tiene **60 años o más**, comuníquese con la Board on Aging and Long-Term Care. Visite [longtermcare.wi.gov](https://longtermcare.wi.gov), llame al 800-815-0015 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov).
- Si tiene entre **18 y 59 años**, comuníquese con Disability Rights Wisconsin. Visite [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org), llame al 800-928-8778 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org).

## Agencias locales y tribales

Debe informar los cambios en su situación de vivienda o económica dentro de los 10 días posteriores al cambio. Por ejemplo, si se muda, debe informar su nueva dirección. Estos cambios pueden afectar su elegibilidad para Medicaid y Family Care. Informe sobre estos cambios a su agencia local o tribal y Inclusa. Puede encontrar la agencia más cercana en [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).

## ACCESS

Puede utilizar el sitio web de ACCESS para hacer cambios en su situación de vivienda o finanzas, renovar sus beneficios, verificar el estado y los saldos o utilizarlo como recurso para diferentes programas. Inicie sesión o cree una cuenta en [access.wi.gov](https://access.wi.gov).

## ForwardHealth

ForwardHealth es la tarjeta que utiliza para obtener los servicios que cubre su programa de Medicaid. Los servicios para miembros de ForwardHealth pueden ayudar a encontrar proveedores, obtener una nueva tarjeta y entender los servicios cubiertos y los copagos. Si tiene problemas al usar su tarjeta de ForwardHealth para cuestiones como lentes, visitas al médico o recetas, llame a los Servicios para Miembros al 800-362-3002.

## Denuncia de fraude de asistencia pública

Cometer un fraude significa obtener cobertura o pagos que usted sabe que no debería recibir o ayudar a otra persona a obtener cobertura o pagos que usted sabe que no debería recibir. Ya sea para uno mismo o para ayudar a otros. Si comete un fraude, puede tener problemas legales. Si un Tribunal de Primera Instancia determina que alguien obtuvo beneficios de atención

*DHS Approval 09/23/2025*

médica mediante fraude, tendrá que devolver esos beneficios al estado. Además, puede haber otras penalizaciones.

Si sospecha que alguien hizo uso indebido de fondos de asistencia pública, entre ellos Family Care, llame a la línea directa de denuncia de fraudes 877-865-3432 o presente una denuncia en línea en [dhs.wi.gov/fraud](https://dhs.wi.gov/fraud).

### **FoodShare (Tarjeta QUEST)**

QUEST es la tarjeta que usa para comprar alimentos con sus beneficios de FoodShare. Si tiene preguntas o dudas sobre FoodShare, desea conocer su saldo o perdió o le robaron la tarjeta, llame a Servicios de Tarjeta QUEST al 877-415-5164.

### **Wisconsin Division of Quality Assurance (División de Aseguramiento de la Calidad de Wisconsin)**

Si cree que un cuidador, agencia o centro ha infringido las leyes estatales o federales, tiene derecho a presentar un reclamo ante la Wisconsin Division of Quality Assurance (División de Aseguramiento de la Calidad de Wisconsin). Para presentar un reclamo, llame al 800-642-6552.

## Capítulo 2. Bienvenida e introducción

### Bienvenido a Inclusa

Bienvenido a Inclusa una organización de cuidado administrado que dirige el programa Family Care. Family Care es un programa de cuidado a largo plazo de Medicaid que ayuda a adultos mayores y a adultos con discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo. Las personas que participan en el programa reciben servicios para que puedan vivir en su propio hogar, siempre que sea posible.

Este manual le brinda la información que necesita para lo siguiente:

- Entender los conceptos básicos de Family Care.
- Conocer qué servicios puede obtener en Family Care.
- Entender sus derechos y responsabilidades como miembro de Family Care.
- Presentar una queja o apelación si tiene problemas o inquietudes.

#### Family Care:

- Puede mejorar o mantener su calidad de vida.
- Le ayuda a vivir en su propia casa o apartamento, junto a familiares y amigos.
- Le permite participar en decisiones relacionadas con sus cuidados y servicios.
- Aumenta al máximo su independencia.

Si desea ayuda para revisar este manual, comuníquese con su equipo de cuidado de la salud.

### ¿Cómo puede ayudarme el programa Family Care?

Family Care proporciona servicios y apoyos para ayudarlo a vivir de la forma más independiente posible, mientras garantiza su seguridad y respaldo en el hogar a través de apoyos naturales, voluntarios y remunerados. Además, incluye la gestión de los cuidados para ayudarlo a organizar y gestionar sus servicios y apoyos.

Como miembro de Family Care, Inclusa hablará con usted sobre los servicios y apoyos que necesita. Esto puede incluir ayuda con cuestiones como el baño, el transporte, las tareas domésticas o las comidas a domicilio.

### ¿Quién me ayudará?

Cuando se convierta en miembro de Family Care, un equipo de cuidado de la salud de Inclusa trabajará con usted para ayudarlo a satisfacer sus necesidades. Usted es una parte fundamental de su equipo de cuidado de la salud. **Debería participar en cada aspecto** de la planificación de su cuidado.

Su equipo de cuidado de la salud incluirá a usted y a:

- Una enfermera certificada.
- Un trabajador social.
- Otros profesionales, en función de sus necesidades. Puede ser un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta o un especialista en salud mental.
- Cualquier otra persona que usted quiera que participe, incluidos familiares o amigos.

El trabajo de su equipo de cuidado de la salud es trabajar con usted para lo siguiente:

- Identificar sus fortalezas, recursos, necesidades y preferencias.
- Elaborar un plan de cuidados que le permita obtener la ayuda que necesita.
- Asegurarse de que recibe los servicios previstos en su plan de cuidados.
- Garantizar que los servicios satisfacen sus necesidades y son rentables.
- Asegurarse de que su plan de cuidados sigue siendo conveniente para usted.

Inclusa cree que nuestros miembros deben poder opinar sobre cómo y cuándo se deben prestar cuidados. A esto se lo denomina elección personal. Ser miembro y tener la posibilidad de elegir personalmente también significa que usted es responsable de ayudar a su equipo de cuidado de la salud a encontrar las mejores formas de apoyarlo. Informe a su equipo si necesita ayuda para participar en el proceso.

## **¿Quién me prestará los servicios?**

Recibirá sus servicios de cuidados a largo plazo a través de los proveedores de Inclusa. Le daremos información sobre los proveedores que puede utilizar. Para obtener una lista de proveedores de Inclusa puede realizar lo siguiente:

- Preguntar a su equipo de cuidado de la salud.
- Acceder al sitio web de Inclusa.

Usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para seleccionar a los proveedores que mejor se adapten a sus necesidades.

Inclusa no paga todos los servicios que usted necesita. Por ejemplo, las visitas a su médico de atención primaria y el surtido de una receta médica se encuentran cubiertos por Medicaid. Inclusa lo ayudará a entender la diferencia entre los servicios de los proveedores de Medicaid y los servicios de cuidados a largo plazo de los proveedores de Family Care.

## Capítulo 3. Lo que debe saber sobre los servicios que recibirá

### ¿Cómo se elabora mi plan de cuidados de la salud?

#### Identifique sus resultados personales

En primer lugar, trabajará con su equipo de cuidado de la salud para identificar sus **resultados personales**. Los resultados personales son los objetivos que tiene para su vida. Es la única persona que puede determinar qué es importante para usted. A continuación, se menciona lo que pueden incluir estos resultados.

- Las condiciones de vida y el apoyo que desea, por ejemplo:
  - Dónde vivir y con quién vivir
  - Los apoyos y servicios que necesita y quién se los proporciona
  - Sus rutinas diarias
- Objetivos para su estilo de vida y experiencias diarias, por ejemplo:
  - Tiempo con familiares y amigos
  - Un trabajo u otras actividades
  - Participación comunitaria
  - Estabilidad
  - Respeto y justicia
  - Privacidad
- Objetivos para su salud y bienestar, por ejemplo:
  - Saludable
  - Seguro
  - Libre de abuso y negligencias

Su equipo de cuidado de la salud lo ayudará a identificar sus resultados personales. Analizarán qué servicios se adaptan mejor a sus necesidades y cuáles son los más rentables. Rentable significa que el servicio satisface sus resultados a un precio razonable. Entonces, Incluso prestará servicios. Tenga en cuenta que esto no significa que Incluso vaya a prestar siempre los servicios que su equipo determine. **Las cosas que usted mismo haga y la ayuda que reciba de sus familiares, amigos y otras personas serán una parte muy importante del plan de cuidados.**

## Identifique los resultados esperados de su cuidado a largo plazo

Usted y su equipo de cuidado de la salud también identificarán sus **resultados de cuidados de la salud a largo plazo**. Estos son sus objetivos de independencia para ayudarlo a vivir la vida que desea. Family Care proporciona servicios y apoyos para ayudarlo a alcanzar estos objetivos. Por ejemplo:

- Satisfacer sus necesidades diarias
- Conseguir lo que necesita para mantenerse seguro, saludable y lo más independiente posible

Su equipo de cuidado de la salud elaborará un plan de cuidados. Su plan de cuidados lo ayudará a avanzar hacia los resultados que determinen usted y su equipo de cuidado de la salud.

## ¿Qué debería incluir su plan de cuidados?

Su plan de cuidados incluirá lo siguiente:

- Sus necesidades de salud física y su capacidad para realizar determinadas tareas y actividades (como comer y vestirse).
- Sus fortalezas y preferencias.
- Sus resultados personales.
- Los resultados esperados de su cuidado a largo plazo.
- Los servicios que obtendrá.
- Quién prestará cada servicio.
- Las cosas que hará usted mismo o con ayuda de familiares, amigos u otras personas de su comunidad.

Su equipo de cuidado de la salud le pedirá que firme su plan de cuidados para demostrar que usted contribuyó en la elaboración. Recibirá una copia de su plan firmado. Si no está satisfecho con su plan, puede negarse a firmarlo. En caso necesario, puede presentar una queja y una apelación. (Consulte el capítulo 8 para obtener más información).

Hablará de forma regular con su equipo de cuidado de la salud para comprobar si los servicios lo están ayudando. Su equipo de cuidado de la salud tiene la obligación de reunirse con usted en persona, al menos, cada tres meses. Pueden reunirse con usted más a menudo si es necesario.

## ¿Cómo se seleccionan y aprueban los servicios?

Todos los servicios deben aprobarse **antes** de recibirlos. Incluso no pagará los servicios sin nuestra aprobación previa. **Si gestiona servicios sin la aprobación de su equipo de cuidado de la salud, es posible que usted tenga que pagar por ellos.** Si necesita un servicio que no está aprobado, hable con su equipo.

Inclusa es responsable de apoyar los resultados de sus cuidados a largo plazo. Además, tenemos que pensar en el costo a la hora de planificar su cuidado.

### **Cómo se aprueban los servicios**

Usted y su equipo de cuidado de la salud hablarán sobre los servicios que necesita. Juntos explorarán cómo alcanzar los resultados esperados de su cuidado a largo plazo. Usted y su equipo seguirán un procedimiento paso a paso para la aprobación de servicios. Este procedimiento lo ayuda a evaluar si los servicios son rentables, ofrecen una buena relación precio-calidad y satisfacen sus necesidades de cuidados a largo plazo. A este procedimiento se le conoce como resource allocation decision (decisión de asignación de recursos), según la MCO.

Es importante que las personas que ya lo ayudan en su vida cotidiana sigan participando en su cuidado. Por ejemplo, pueden ser amigos, familiares o vecinos. Incluso contratará otros servicios que sus apoyos actuales no pueden brindar.

### **Apoyos autogestionados**

Los apoyos autogestionados le permiten encontrar, comprar y gestionar los servicios. Usted y su equipo de cuidado de la salud se reunirán para hablar sobre los servicios que puede autogestionar. Si decide autogestionar uno o más de sus servicios, trabajará junto a su equipo para lo siguiente:

1. Elaborar un presupuesto para esos servicios.
2. Crear un plan que describa cómo gestionará los servicios.

Puede autogestionar uno o varios de sus servicios. Por ejemplo, puede autogestionar sus servicios de cuidado personal, pero su equipo gestiona los proveedores que lo ayudan a obtener suministros médicos. Además, puede cambiar de opinión y autogestionar más o menos en el futuro.

No puede autogestionar los servicios de cuidado residencial ni los de gestión de cuidados.

### **Reglas básicas para recibir servicios**

Por lo general, cubriremos sus servicios siempre que se cumpla lo siguiente:

- Formen parte de los beneficios de Family Care.
- Apoyen los resultados de su cuidado a largo plazo.
- Sean la forma más rentable de satisfacer sus necesidades.
- Formen parte de su plan de cuidados.
- Fueron aprobados y autorizados previamente por su equipo de cuidado de la salud.

Si está interesado en los apoyos autogestionados, solicite a care team más información sobre sus beneficios y limitaciones.

## ¿Qué pasa si cambian mis necesidades?

Los servicios pueden cambiar con el tiempo, en la medida que cambien su salud y su vida. Por ejemplo, puede necesitar menos servicios si su salud física mejora. Si sus necesidades aumentan, nos aseguraremos de que reciba la ayuda que necesita para mantenerse seguro, saludable y lo más independiente posible. Nuestro objetivo es brindar el servicio adecuado, en la cantidad adecuada y en el lugar adecuado.

Si sus necesidades cambian, infórmele a su equipo de cuidado de la salud. Siempre están a disposición para ayudarlo.

## ¿Cómo utilizo la red de proveedores?

Usted y su equipo elegirán a los proveedores que necesiten de una lista que figura en el directorio de la red de proveedores de Inlusa. Puede solicitar una copia en papel a Customer Service: Toll-Free: 1-877-622-6700

Podríamos utilizar un proveedor externo a nuestra red si no contamos con uno que cumpla con sus necesidades o si todos nuestros proveedores habituales están demasiado lejos de su vivienda. Debe hablar con su equipo de cuidado de la salud para elegir un proveedor externo a nuestra red.

Si usted es nativo americano o nativo de Alaska, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor de cuidados de la salud indígena fuera de nuestra red.

Si desea cambiar a un proveedor de otra red, debe comunicarse con su equipo de cuidado de la salud para que lo autoricen. **Si utiliza un proveedor nuevo sin la aprobación de su equipo de cuidado de la salud, puede que tenga que hacerse cargo del costo del servicio.**

## ¿Cómo me ayuda Family Care a gestionar mis servicios?

Inlusa respeta las elecciones de nuestros miembros. Por ejemplo:

- Usted decide lo que es importante para sus resultados. Family Care promueve la autonomía en la elección de su vivienda, su rutina cotidiana y los servicios de apoyo. Debe trabajar con su equipo de cuidado de la salud para identificar estrategias que favorezcan sus resultados esperados. Si considera que su plan de cuidados no ofrece un apoyo razonable para alcanzar sus resultados esperados, puede presentar una queja formal o una apelación. (Consulte el capítulo 8 para obtener más información).
- Si lo solicita, consideraremos utilizar un proveedor que, por lo general, no utilizamos.
- Puede pedir que un proveedor determinado asista a su hogar o proporcione atención personal íntima. Puede tratarse de un familiar. **El proveedor o miembro de la familia debe cumplir con nuestros requisitos y aceptar la cantidad de dinero que pagamos.**

- Tiene derecho a cambiar de equipo de cuidado de la salud, hasta dos veces por año. No es necesario que indique por qué quiere un equipo diferente. Es posible que Incluso no siempre pueda satisfacer su solicitud o entregarle el equipo específico que desea.
- Puede optar por autogestionar uno o varios de sus servicios.

## ¿Qué debo hacer en caso de emergencia?

**Si tiene una emergencia, llame al 911.**

*En caso de emergencia, **no** es necesario que se comuniquen con su equipo de cuidado de la salud ni que obtenga una autorización previa.*

Se considera emergencia a cualquier enfermedad, lesión, síntoma o afección muy grave. La mayoría de las personas buscaría atención de inmediato para prevenir daños. Puede tratarse de una enfermedad repentina, la sospecha de un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, una fractura de hueso o un ataque de asma grave.

Si tiene una emergencia médica:

- Consiga ayuda lo antes posible. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencia más cercano.
- Dígame al personal de emergencia y del hospital que es miembro de *Inclusa*.
- Usted u otra persona debería ponerse en contacto con su equipo de cuidado de la salud lo antes posible *Care Team* para informarle de su atención de emergencia.

Si bien Family Care no cubre los servicios médicos, es importante que informe a su equipo de cuidado de la salud si acude a una sala de emergencias o es hospitalizado. De esa manera, podemos informar a sus actuales proveedores que se encuentra en el hospital. Además de coordinar los servicios de seguimiento. Por ejemplo, su médico puede remitirlo a una agencia de cuidado de salud a domicilio. Su equipo de cuidado de la salud deberá aprobar los servicios de salud en el hogar antes de que reciba el alta médica.

## ¿Cómo puedo conseguir cuidados fuera del horario normal de oficina?

Si tiene una necesidad urgente que no puede esperar hasta el siguiente día hábil, llame al toll free: 1-877-622-6700 (TTY: 711). El personal está disponible las 24 horas al día, los 7 días a la semana, y puede autorizar de manera temporal los servicios que necesite hasta el próximo día hábil. Su equipo de cuidado de la salud se comunicará con usted para decidir si los servicios deberían continuar.

## ¿Qué ocurre si necesito cuidados fuera de casa durante un periodo determinado?

Es importante informar a su equipo de cuidado de la salud si va a estar fuera del área de servicio de Inclusa por un tiempo prolongado. Inclusa necesitará conocer los detalles de su destino. Trabajaremos junto a su agencia para determinar si esto afectará su estatus como residente del condado.

- Si su agencia decide que **ya no será considerado residente** de un condado en el que Inclusa brinda servicios, comuníquese con el Aging and Disability Resource Center (Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC) del condado al que se dirige. El ADRC puede informarle sobre los programas disponibles en ese condado.
- Si usted **todavía será considerado residente**, Inclusa trabajará con usted para planificar una manera rentable de satisfacer sus necesidades y mantenerlo saludable y seguro mientras esté fuera.

Inclusa puede encontrarse con que no podemos desarrollar un plan rentable para satisfacer sus necesidades y garantizar su salud y seguridad mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio. Si esto ocurre, podemos solicitar que se suspenda su inscripción en el programa.

*Inclusa* no paga cuidados si se muda fuera de nuestra área de servicio de manera permanente. Si planea mudarse de manera permanente, comuníquese con su equipo de cuidado de la salud lo antes posible para hablarlo.

## Capítulo 4. Servicios de Family Care

### ¿Qué servicios brinda Family Care?

Los servicios disponibles para usted dependen de su nivel de cuidado. Esta es la cantidad de cuidados que necesita para estar sano y seguro. Family Care cuenta con los dos siguientes niveles de cuidado:

- **Nivel de cuidado en un hogar de ancianos.** Sus necesidades son lo bastante altas como para que pueda recibir servicios en un hogar de ancianos. Esto no significa que tenga que estar en un hogar de ancianos para recibir los servicios.
- **Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos.** Requiere algunos servicios de cuidados prolongados, pero no califica para recibirlos en un hogar de ancianos. Family Care dispone de un conjunto limitado de servicios en este nivel de cuidado.

No todos los miembros pueden recibir todos los servicios que ofrece Family Care. Solo recibirá los servicios que necesite para apoyar la consecución de sus resultados esperados de cuidados a largo plazo y para garantizar su salud y seguridad. Hable con su equipo de cuidado de la salud si cree que necesita algún servicio mencionado en este capítulo. Usted y su equipo de cuidado de la salud utilizarán el procedimiento de aprobación de servicios para crear el plan de cuidados más rentable para usted.

Es posible que *Inclusa* deba prestar un servicio que no figure en la lista. Usted y su equipo de cuidado de la salud decidirán cuándo puede necesitar diferentes servicios para alcanzar los resultados esperados de sus cuidados a largo plazo.

## Servicios de Family Care

Estos son los servicios que puede recibir si cumplen con lo siguiente:

- Son necesarios para apoyar los resultados esperados de sus cuidados a largo plazo.
- Su equipo de cuidado de la salud los aprobó.
- Forman parte de su plan de cuidados.

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
<b>Servicios del plan estatal de Medicaid basados en la comunidad</b>		
Servicios de tratamiento ambulatorio por el Alcohol and other drug abuse (Abuso de alcohol y otras drogas) (AODA) (en todos los entornos, excepto en hospitales o aquellos provistos por un médico)	✓	✓
Servicios de tratamiento por el Alcohol and other drug abuse (Abuso de alcohol y otras drogas) (AODA) (excepto como paciente hospitalizado o aquellos provistos por un médico)	✓	✓
Servicios de administración de caso o de cuidado	✓	✓
Programa de apoyo comunitario (excepto aquellos provistos por un médico)	✓	✓
Equipo médico duradero y suministros médicos (excepto audífonos, prótesis y suministros de planificación familiar)	✓	✓
Salud en el hogar	✓	✓
Servicios de tratamiento diurno de salud mental (en todos los entornos)	✓	✓
Servicios de salud mental (excepto como paciente hospitalizado o provistos por un médico)	✓	✓
Enfermería (incluido el cuidado respiratorio y los servicios de enfermería privados e intermitentes)	✓	✓
Terapia ocupacional (en todos los entornos, excepto como paciente hospitalizado)	✓	✓
Cuidado personal	✓	✓
Fisioterapia (en todos los entornos, excepto como paciente hospitalizado)	✓	✓
Servicios de patología del habla y el lenguaje (en todos los entornos, excepto como paciente hospitalizado)	✓	✓
Transporte a citas médicas (excepto en ambulancia)	✓	✓

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
<b>Servicios del plan estatal de Medicaid en instituciones</b>		
Hogar de ancianos, incluidos los centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales e instituciones para enfermedades mentales. (Los servicios en instituciones para enfermedades mentales solo están cubiertos para miembros menores de 21 años o miembros de 65 años o más).	✓	
<b>Servicios de Home and Community-Based Waiver (de Exención basados en el hogar y la comunidad)</b>		
<b>Cuidado diurno de adultos</b> Los servicios de cuidado diurno para adultos se ofrecen a un grupo de adultos en un entorno fuera del hogar durante parte del día. Está destinado a adultos que necesitan interacción social. Además, es para las personas que necesitan supervisión, ayuda con las actividades cotidianas y apoyo para estar sanos y seguros. Los servicios pueden incluir cuidado personal, comidas ligeras, cuidados médicos y transporte para ir al lugar de cuidado diurno y para volver a su hogar.	✓	
<b>Tecnología asistencial</b> La tecnología asistencial incluye dispositivos que ayudan a las personas en las actividades cotidianas en casa, el trabajo y la comunidad. Estos pueden incluir tecnologías como tabletas, dispositivos móviles o software, artículos que se conocen como ayudas adaptativas, y un perro de servicio debidamente entrenado de un proveedor confiable. El servicio también puede incluir una evaluación de las necesidades de tecnología asistencial de una persona y la reparación o mantenimiento de dispositivos o artículos.	✓	
<b>Exploración del Competitive integrated employment (Empleo integrado competitivo) (CIE)</b> Los servicios de exploración del CIE ayudan a los miembros a descubrir nuevas oportunidades laborales. Además, ayudan a los miembros a decidir si quieren trabajar en la comunidad junto con personas que no tienen una discapacidad. Los servicios incluyen visitas a empresas, seguimiento laboral, entrevistas informativas y planificación de empleo. Los miembros también pueden informarse sobre los servicios de empleo para personas con discapacidad y recibir ayuda para identificar intereses, conocimientos y habilidades que puedan ser útiles para encontrar trabajo.	✓	
<b>Asistencia de comunicación</b> La asistencia de comunicación incluye elementos y servicios necesarios para mejorar la audición, el habla, la lectura y otras formas de comunicación. Los artículos pueden incluir sistemas de comunicación alternativos o aumentativos, dispositivos de amplificación del habla, tecnología electrónica, aplicaciones móviles y software. Los servicios pueden incluir interpretación o facilitación en lengua de señas, evaluación de necesidades de comunicación, reparación y mantenimiento de dispositivos de comunicación, y capacitación para el uso de dichos dispositivos.	✓	
<b>Servicios consultivos clínicos y terapéuticos para los cuidadores</b> Los servicios consultivos clínicos y terapéuticos ayudan a cuidadores no remunerados y personal de apoyo remunerado a llevar a cabo el tratamiento o plan de apoyo del miembro. Los servicios incluyen	✓	

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
evaluaciones, desarrollo de planes de tratamiento en el hogar, planes de apoyo, planes de intervención y capacitación y asistencia técnica para llevar a cabo los planes. Los servicios también incluyen capacitación para cuidadores y personal que atiende a miembros con necesidades complejas (más allá de los cuidados de rutina).		
<b>Educación y capacitación para el consumidor</b> Los servicios de educación y capacitación para el consumidor ayudan a las personas con discapacidades a desarrollar habilidades de autodefensa, apoyar su autodeterminación, el ejercicio de sus derechos civiles y adquirir las habilidades necesarias para gestionar y asumir responsabilidad sobre otros servicios de apoyo. Estos servicios incluyen la educación y capacitación para los miembros, sus cuidadores o las personas encargadas de tomar decisiones legales por ellos. Puede incluir el pago de tarifas de inscripción, libros y otros materiales educativos, además de transporte para ir a cursos de capacitación, conferencias y otros eventos similares.	✓	
<b>Servicios de asesoramiento y terapéuticos</b> Servicios terapéuticos y de asesoramiento para tratar trastornos a nivel personal, social, físico, médico, conductual, emocional, cognitivo, de salud mental o por el abuso de alcohol y otras drogas. Puede incluir asistencia para adaptarse al envejecimiento y la discapacidad, ayuda en las relaciones y terapia recreativa, artística o musical. Además, puede incluir asesoramiento en nutrición, atención médica, control de peso o apoyo en el duelo.	✓	
<b>Capacitación en habilidades de la vida diaria</b> La capacitación en habilidades de la vida diaria ayuda a los miembros a realizar tareas cotidianas. Esto incluye habilidades que ayudan al miembro a mantenerse independiente y formar parte de la vida comunitaria. Algunos ejemplos son enseñar a administrar el dinero, mantener el hogar, preparar alimentos, entrenar la movilidad, habilidades de autocuidado y habilidades necesarias para acceder y utilizar los recursos disponibles en la comunidad.	✓	
<b>Servicios diurnos</b> Los servicios diurnos son actividades programadas regularmente que se realizan fuera del hogar para un grupo de adultos. Los servicios diurnos ayudan a los miembros a participar en la comunidad, aprender habilidades sociales y desarrollar las competencias que se necesitan para las actividades diarias y la vida en comunidad.	✓	
<b>Servicios de administración financiera</b> Los servicios de administración financiera contribuyen a administrar los presupuestos de los servicios y las finanzas personales. Si un miembro elige autogestionar uno o más servicios, este servicio implica que una persona o agencia pague a los proveedores de servicios una vez que el miembro autoriza el pago. Estos servicios también ayudan a los miembros a elaborar un presupuesto para garantizar que dispongan de fondos para la vivienda y otras necesidades.	✓	
<b>Salud y bienestar</b> Los servicios de salud y bienestar ayudan a los miembros a mantener o mejorar su salud, bienestar, habilidades sociales e inclusión en la comunidad. Incluyen actividades que se centran en desarrollar hábitos	✓	

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
saludables, clases, lecciones y eventos relacionados con la actividad física y la nutrición, servicios de bienestar como clases de yoga y atención plena, así como educación y capacitación en sexualidad.		
<p><b>Comidas a domicilio</b></p> <p>Los servicios de comidas a domicilio (conocidos también como “meals on wheels”) incluyen la preparación y la entrega de una o dos comidas diarias para miembros que no pueden hacer o preparar comidas saludables por sí mismos. Las comidas entregadas a domicilio pueden ayudar a los miembros que no pueden seguir una dieta especial indicada por un profesional de atención de la salud para tratar una afección médica.</p>	✓	
<p><b>Modificaciones en el hogar</b></p> <p>Las modificaciones en el hogar incluyen elementos y servicios que hacen que la vivienda de un miembro sea más segura y fácil de transitar. Esto puede incluir rampas, sillas salvaescaleras, elevadores para sillas de ruedas, modificaciones de cocina o el baño, adaptaciones especializadas en accesibilidad o seguridad y dispositivos electrónicos activados por voz, luz o movimiento que aumenten la autonomía del miembro y su capacidad para vivir de manera independiente.</p>	✓	
<p><b>Asesoramiento para la vivienda</b></p> <p>El asesoramiento para la vivienda ayuda a los miembros a encontrar opciones de viviendas accesibles, económicas y seguras dentro de la comunidad. El asesoramiento para la vivienda incluye explorar opciones de compra y alquiler de vivienda, la identificación de recursos financieros, identificación de preferencias de ubicación y tipo de vivienda, identificación de necesidades de accesibilidad y modificaciones, además de la localización de viviendas disponibles. El asesoramiento para la vivienda no incluye el pago del alquiler ni de la hipoteca.</p>	✓	
<p><b>Personal emergency response system (Sistema de respuesta ante emergencias personales) (PERS)</b></p> <p>El PERS conecta directamente a un miembro con profesionales de la salud en caso de emergencia. Se trata de un teléfono u otro sistema electrónico.</p>	✓	
<p><b>Servicios de capacitación vocacional</b></p> <p>Los servicios de capacitación vocacional ofrecen experiencias de aprendizaje y trabajo que ayudan a los miembros a desarrollar habilidades y fortalezas generales para conseguir trabajo en la comunidad. Los miembros tienen la oportunidad de aprender a colaborar con supervisores, compañeros y clientes. Además, pueden aprender sobre cómo vestirse, seguir instrucciones, realizar tareas, resolver problemas, garantizar su seguridad y desplazarse. Estos servicios ayudan a los miembros a conseguir empleos en la comunidad que les ofrecen los mismos salarios y beneficios que reciben los empleados sin discapacidades.</p>	✓	
<p><b>Servicios de relocalización</b></p> <p>Los servicios de relocalización incluyen costos únicos que ayudan a los miembros a trasladarse de un establecimiento institucional o residencial a su propia casa o apartamento en la comunidad. Pueden ayudar a cubrir los gastos de traslado, la limpieza y organización, el</p>	✓	

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
depósito de seguridad, y los costos de conexión de servicios públicos. Además, pueden ayudar con muebles, utensilios de cocina, productos de limpieza y suministros del hogar, así como con mobiliario y electrodomésticos básicos.		
<p><b>Seguimiento y apoyo a distancia</b></p> <p>Los servicios de seguimiento y apoyo a distancia ayudan a los miembros a recibir asistencia en tiempo real de un cuidador de forma remota. El cuidador a distancia puede asegurarse de que el miembro esté seguro y brindar apoyo en caso de una emergencia. Este servicio dispone de tecnología como sensores, monitores y otros aparatos de comunicación en ambas direcciones. Incluye también la asistencia de cuidadores a distancia y la reparación y el mantenimiento de los dispositivos. El miembro debe expresar por escrito que desea este servicio.</p>	✓	
<p><b>Servicios residenciales</b></p> <p>Los servicios residenciales se brindan en un entorno residencial comunitario que simula un hogar. Incluyen hogares familiares para adultos de 1 o 2 camas y ambientes para tres o más adultos (como hogares familiares de 3 o 4 camas o complejos de apartamentos de cuidado residencial). Por lo general, los servicios comprenden cuidado personal, asistencia con las actividades diarias, cuidado en el hogar, tratamiento y apoyo y supervisión general. Los servicios también pueden incluir transporte y actividades recreativas o sociales, apoyo conductual y social, y capacitación en habilidades para la vida diaria.</p>	✓	
<p><b>Cuidados de relevo</b></p> <p>Los servicios de relevo permiten a los familiares y otros cuidadores principales disfrutar de breves periodos de descanso. Esto ayuda a aliviar el estrés diario y las demandas de cuidado. El cuidado de relevo se puede brindar en el hogar del miembro, en un centro residencial, un campamento acreditado, en un hospital o en un hogar de ancianos.</p>	✓	
<p><b>Servicios de cuidado personal autogestionados</b></p> <p>Los servicios de cuidado personal autogestionados ayudan a los miembros con las actividades diarias y las tareas de limpieza que necesitan para vivir en la comunidad. Esto incluye lo siguiente: ayuda para bañarse, comer, vestirse, administrar medicamentos, cuidado bucal, del cabello y de la piel, preparación de comidas, pago de facturas, movilidad, uso del baño, traslado y uso del transporte. El miembro decide quién será la persona o agencia que le proporcione servicios y puede desempeñarse como su empleador o coempleador. Un médico debe redactar una orden para que un miembro reciba este servicio.</p>	✓	
<p><b>Enfermería especializada</b></p> <p>La atención de enfermería especializada solo puede brindarla un profesional de enfermería de práctica avanzada, una registered nurse (enfermera certificada) (RN) o un profesional de enfermería práctico licenciado que esté bajo la supervisión de una RN. La atención de enfermería especializada incluye el seguimiento de síntomas y reacciones, tareas generales de enfermería y puede abarcar la supervisión de una afección médica.</p>	✓	
<p><b>Equipos y suministros médicos especializados</b></p>	✓	

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
Los equipos y suministros médicos especializados son productos que ayudan a preservar la salud del miembro, controlar una afección médica o física, y mejorar su funcionalidad o autonomía. Los artículos pueden incluir medicamentos de venta libre, lociones dérmicas prescritas por razones médicas, vitamina D prescrita, multivitaminas o suplementos de calcio, así como libros o ayudas terapéuticas.		
<p><b>Agente de apoyo</b></p> <p>Un agente de apoyo es una persona o agencia que elige el miembro para ayudar a planificar, obtener y dirigir los apoyos autogestionados. Un agente de apoyo conoce los servicios locales y puede ayudar a reclutar, contratar, capacitar, gestionar y organizar a los trabajadores.</p>	✓	
<p><b>Servicios de empleo asistido</b></p> <p>Los servicios de empleo asistido ayudan a los miembros a encontrar y conservar sus puestos de trabajo. El objetivo es mantener un empleo en la comunidad con un salario mínimo o superior, en compañía de personas sin discapacidades. El empleo debe alinearse con sus objetivos personales y profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Los servicios individuales de empleo</b> ayudan a los miembros a conseguir un trabajo, desarrollar habilidades para ese trabajo y acceder a entrevistas. Además, podría incluir asesoramiento y capacitación laboral, transporte para ir al trabajo, asistencia personal en el lugar de trabajo, asesoría sobre beneficios, servicios de desarrollo profesional o apoyo para quienes desean emprender.</li> <li>• <b>Los servicios de empleo para grupos pequeños</b> son servicios y capacitación que se brindan en un entorno empresarial, industrial o comunitario para grupos de dos a seis trabajadores con discapacidades. Los ejemplos incluyen cuadrillas móviles y otros grupos de trabajo basados en negocios que contratan grupos pequeños de trabajadores con discapacidades en entornos laborales comunitarios. Los servicios pueden incluir exploración y educación profesional en grupos pequeños, desarrollo de habilidades, planificación laboral, inserción laboral, reuniones con empleadores, asesoramiento y capacitación laboral, transporte al trabajo y experiencias laborales alineadas con los intereses y habilidades del miembro.</li> <li>• <b>La planificación y el apoyo para el futuro vocacional</b> ayudan a los miembros a conseguir, conservar o mejorar su puesto en un trabajo dentro de la comunidad. Esto puede incluir la evaluación de tecnologías de asistencia, la creación de un plan de empleo, la exploración profesional, el apoyo en la búsqueda de empleo, la asesoría y la formación laboral, y asistencia personal constante en el lugar de trabajo. Los miembros también pueden aprender más sobre los incentivos laborales y el impacto que el empleo puede tener en sus beneficios.</li> </ul>	✓	
<p><b>Servicio de apoyo en el hogar</b></p> <p>El apoyo en el hogar ayuda con las actividades de la vida diaria y con las necesidades personales en el hogar o en la comunidad. Los servicios ayudan a mantener la seguridad en el hogar y en la comunidad, a realizar tareas domésticas rutinarias como limpiar, cocinar y lavar la ropa, y tareas domésticas importantes como cuidar</p>	✓	

	Nivel de cuidado en un hogar de ancianos	Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos
el jardín y quitar la nieve. Los servicios también pueden incluir ayuda para vestirse, bañarse, administrar medicamentos, comer, usar el baño, aseo personal, movilidad, pago de facturas, transporte y tareas del hogar.		
<p><b>Servicios de capacitación para cuidadores no remunerados</b></p> <p>Los servicios de capacitación para cuidadores no remunerados ayudan a las personas que brindan cuidado, capacitación, compañía, supervisión u otro tipo de apoyo no remunerado a un miembro. Se capacita a los cuidadores no remunerados en la realización de tratamientos y el uso de equipos para estos, así como en otros servicios del plan de cuidados del miembro, además de brindar orientación sobre cómo garantizar la seguridad del miembro en la comunidad.</p>	✓	
<p><b>Servicios de transporte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Los servicios de transporte comunitario</b> ayudan a los miembros a acceder a servicios, actividades y recursos comunitarios que forman parte de su plan de cuidados. Esto puede incluir boletos o tarjetas de transporte, reembolso por millaje, así como también el transporte de los miembros y sus asistentes a los lugares que requieren. Incluye el transporte de emergencia (en ambulancia).</li> <li>• <b>Los servicios de transporte médico no urgente</b> ayudan a los miembros a acceder a servicios médicos no urgentes cubiertos por Medicaid. Los servicios pueden incluir boletos o tarjetas de transporte, reembolso por millaje, así como también el transporte de los miembros y sus asistentes a los lugares que requieren. No incluye el transporte no médico que se provee en transporte comunitario; consulte lo mencionado anteriormente. Además, incluye transporte de emergencia (en ambulancia).</li> </ul>	✓	
<p><b>Modificaciones de vehículos</b></p> <p>Las modificaciones de vehículos son cambios relacionados con la discapacidad en el vehículo que el miembro utiliza como su principal medio de transporte. Estos servicios facilitan al miembro el acceso a la comunidad y fomentan su autonomía. Puede incluir modificaciones en los asientos y cinturones de seguridad, los dispositivos de control del conductor, los elevadores de vehículos, las plataformas, las rampas y los sistemas de anclaje o el acoplamiento para sillas de ruedas. El servicio también abarca el costo de los materiales, servicios, inspecciones y el mantenimiento de estas modificaciones. El servicio no incluye la compra de un vehículo ni el mantenimiento general.</p>	✓	

## ¿Qué servicios no se brindan?

Los servicios, accesibles a través de su programa de Medicaid, no son proporcionados por Family Care. Podría acceder a estos servicios presentando su tarjeta de ForwardHealth. Es posible que estos servicios estén incluidos en Medicare, los beneficios de Veterans (VA) u otros tipos de seguros, además de Medicaid. Su equipo de cuidado de la salud trabajará en estrecha colaboración con usted para ayudarlo a obtener estos servicios cuando los necesite y le comunicará si requieren copago.

- Servicios para el Alcohol and other drug abuse (Abuso de alcohol y otras drogas) (provistos por un médico o como paciente hospitalizado)
- Audiología, incluida la evaluación de la función auditiva y la rehabilitación de deficiencias auditivas
- Servicios quiroprácticos
- Intervención de crisis
- Odontología
- Cuidados de emergencia (incluido el transporte en ambulancia aérea y terrestre)
- Anteojos
- Servicios de planificación familiar
- Audífonos y pilas para audífonos
- Hospicio (cuidados paliativos para enfermos terminales)
- Hospital: para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluido el cuidado en la sala de emergencias (excepto los servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje, y servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y otras drogas provistos por una persona que no sea un médico)
- Servicios en una institución para enfermedades mentales (servicios cubiertos solo para miembros menores de 21 años o miembros de 65 años o más)
- Servicios de enfermeras practicantes independientes
- Laboratorio y rayos X
- Medicaciones y medicamentos de venta con receta
- Servicios de salud mental (provistos por un médico o como paciente hospitalizado)
- Optometría
- Servicios de médicos y clínicas (excepto servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje, y servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y otras drogas provistos por una persona que no sea un médico)
- Podología (cuidado de los pies)
- Coordinación de cuidados prenatales

- Prótesis
- Psiquiatría
- Servicios basados en la escuela
- Transporte en ambulancia

**Family Care no ofrece los siguientes artículos ni servicios:**

- Servicios que su equipo de cuidado de la salud no haya aprobado o que no estén incluidos en su plan de cuidados
- Servicios que no se necesitan para apoyar los resultados esperados de sus cuidados a largo plazo
- Gastos básicos normales, como pagos de alquiler o hipoteca, alimentación, servicios públicos, entretenimiento, ropa, muebles, artículos para el hogar y seguros
- Artículos personales para su habitación en un centro de vida asistida o en un hogar de ancianos, como un teléfono o un televisor
- Alojamiento y comida en viviendas residenciales
- Honorarios de tutela

**Servicios o establecimiento “en lugar de”**

*Inclusa* puede cubrir algunos servicios o establecimientos que Family Care no suele cubrir para personas en un nivel de atención que no corresponde al de un hogar de ancianos. Estos servicios se denominan servicios o establecimientos “en lugar de” o sustitutos.

Decidir si un servicio o establecimiento “en lugar de” es adecuado para usted es un trabajo de equipo. Su equipo de atención trabajará con usted para ayudarlo a tomar la mejor decisión. **Tiene derecho a decidir no participar en uno de estos establecimientos o tratamientos.**

***Inclusa* puede ofrecer los siguientes servicios como sustituto de la atención médica en el hogar del plan estatal o del cuidado personal del plan estatal:**

- Servicio de apoyo en el hogar
- Cuidados de relevo
- Sistema de respuesta ante emergencias personales
- Capacitación en habilidades de la vida diaria

- Servicios de habilitación de día
- Servicios de capacitación vocacional
- Servicios residenciales
- Entrega de comidas a domicilio
- Servicios de asesoramiento y terapéuticos

***Inclusa* puede ofrecer los siguientes servicios como sustituto de los servicios de transporte del plan estatal:**

- Transporte especializado

## Capítulo 5. Cómo entender quién paga los servicios y la coordinación de sus beneficios

### ¿Tendré que pagar algún servicio?

Deberá pagar por cualquier servicio que no esté en su plan de cuidados y que no cuente con la aprobación de su equipo de cuidado de la salud.

**Deberá pagar un monto fijo (denominado copago) por algunos servicios cubiertos**, como medicamentos, visitas al médico y visitas al hospital. Por ejemplo, es posible que deba pagar un copago de \$5 por una receta médica.

A continuación, se mencionan otros dos tipos de gastos que puede tener que pagar cada mes:

- Costos compartidos o responsabilidad del paciente
- Alojamiento y comida

### Costos compartidos o responsabilidad del paciente

Es posible que tenga que pagar su parte de los gastos mensuales para permanecer en Family Care. Su **costo compartido** (también conocido como “gastos de su propio bolsillo”) se calcula en función de su ingreso, costos de vivienda y gastos médicos. La cantidad que paga por algunos gastos puede reducir su costo compartido. Consulte con su equipo de cuidado de la salud sobre qué gastos pueden ayudar a disminuir su costo compartido y cómo registrar el monto que ha invertido.

Los miembros que viven en un hogar de ancianos o que, probablemente, permanezcan en uno, durante 30 días o más seguidos, deben pagar **responsabilidad del paciente** en lugar de costo compartido.

La income maintenance agency (agencia de mantenimiento de ingresos) fijará la cantidad que tiene que abonar cada mes. En caso de que tenga un costo compartido o responsabilidad del paciente, *Inclusa* le enviará una factura cada mes.

Para asegurarse de que está pagando la cantidad correcta, **debe informar cualquier cambio en sus ingresos y activos a su equipo de cuidado de la salud y su agencia dentro de un plazo de 10 días a partir del cambio**. Los activos incluyen vehículos, dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, y el valor en efectivo de los seguros de vida.

Si no paga el costo compartido ni la responsabilidad del paciente cada mes, puede perder su elegibilidad y que lo den de baja de Family Care. Si cree que su costo compartido es incorrecto, puede presentar una solicitud de audiencia estatal imparcial ante la

Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) de Wisconsin. (Consulte el capítulo 8 para obtener más información).

Si tiene preguntas sobre el costo compartido o la responsabilidad del paciente, comuníquese con *Care Team*.

## Reducción del costo compartido

Si no puede pagar su costo compartido mensual debido a sus gastos básicos necesarios, es posible que califique para una reducción de la cantidad de su costo compartido. Estos incluyen pagos de hipoteca o alquiler, seguro de vivienda o de inquilino, impuestos a la propiedad, servicios públicos, alimentación, ropa, artículos de higiene y el costo de operación y mantenimiento de un vehículo.

Un menor costo compartido hace que sus gastos básicos mensuales sean más asequibles y le permiten seguir inscrito en Family Care. Complete la “Solicitud de Reducción de Costo Compartido” para pedir que se reduzca el monto. Reciba el formulario de su agencia o descárguelo desde [dhs.wi.gov/library/collection/f-01827](https://dhs.wi.gov/library/collection/f-01827).

Envíe con su solicitud las copias de los documentos que demuestren sus ingresos mensuales, gastos (como facturas de servicios públicos o pagos del automóvil) y el importe de los costos compartidos que paga a *Inclusa*. En la solicitud encontrará más detalles sobre el tipo de comprobantes que necesita y ejemplos.

Puede conseguir ayuda con la solicitud de forma gratuita por los siguientes medios:

- Su gestor de atención de *Inclusa*
- Si tiene **más de 60 años**, comuníquese con un especialista en beneficios para personas mayores. Para encontrar un especialista en beneficios para personas mayores en su condado o tribu, comuníquese con el centro local de recursos para el envejecimiento y la discapacidad o con la oficina para personas mayores: [dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm](https://dhs.wi.gov/benefit-specialists/counties.htm), o llame al 844-947-2372 para encontrar y conectarse con su agencia local.
- Si tiene **entre 18 y 59 años**, comuníquese con el ombudsman program (programa del defensor del pueblo) a través de Disability Rights Wisconsin. Visite [disabilityrightswi.org](https://disabilityrightswi.org), llame al 800-928-8778 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org).

## Alojamiento y comida

Usted será responsable de pagar los costos de alojamiento y comida (alquiler y comidas) si vive en un hogar familiar para adultos, un centro residencial comunitario o un complejo de apartamentos para cuidado residencial. Le diremos cuánto le costará y le enviaremos una factura cada mes.

*Inclusa* pagará la atención médica y los servicios de supervisión que reciba en un hogar familiar para adultos, en un centro residencial comunitario o un complejo de apartamentos para cuidado residencial.

Si tiene preguntas respecto al alojamiento y a la comida, o no puede realizar un pago, comuníquese con Member Liabilities Specialist at 1-877-622-6700 toll-free.

## **¿Cómo puedo realizar un pago?**

Los pagos de costo compartido, el alojamiento y la comida se pueden realizar mediante cheque o giro postal. Envíe los pagos a:

También puede ser posible el retiro automático desde su cuenta bancaria. Consulte los detalles a su equipo de cuidado de la salud.

## **¿Qué pasa si recibo una factura por los servicios?**

No tiene que pagar los servicios que su equipo de cuidado de la salud autorice como parte de su plan de cuidados. Si recibe una factura de un proveedor, no la pague. En su lugar, comuníquese con su equipo para que pueda hacer el seguimiento con el proveedor.

## **¿Family Care paga los servicios residenciales o los hogares de ancianos?**

Family Care cubre el cuidado residencial y los servicios en hogares de ancianos. Sin embargo, mudarse de su hogar a un centro de cuidados u hogar de ancianos debería ser el último recurso.

Antes de ingresar a un centro de cuidado residencial o a un hogar de ancianos, su equipo de cuidado de la salud determinará lo siguiente:

- Su salud y seguridad no pueden garantizarse en su hogar.
- Los resultados esperados de su cuidado a largo plazo no se pueden apoyar de manera rentable en su hogar.
- Mudarse a un centro es la opción más rentable para apoyar los resultados esperados de su cuidado a largo plazo.

Si el cuidado residencial es la única opción, es posible que no pueda ingresar o mudarse al centro que usted desea. Ese centro puede que no tenga contrato con *Inclusa* o que no esté dispuesto a aceptar la tarifa que pagamos.

Si vive en su propio hogar y tanto usted como su equipo de cuidado de la salud coinciden en que ya no debería vivir allí, tomarán una decisión en conjunto respecto a los servicios residenciales. Usted y su equipo son responsables de encontrar las opciones residenciales más rentables dentro de la red de proveedores de *Inclusa* que satisfaga sus necesidades. Una vez que se mude, continuaremos trabajando con usted mientras se encuentre en el centro residencial o en el hogar de ancianos.

**Su equipo de cuidado de la salud debe autorizar todos los servicios residenciales.** Es muy importante que no seleccione un proveedor residencial por su cuenta. Debe trabajar con su equipo en estas decisiones para asegurarse de que *Inclusa* pague los servicios.

### **¿Cómo se coordinan Medicare y los beneficios de mi otro seguro?**

Cuando se inscriba en *Inclusa*, le preguntaremos si tiene algún seguro además de Medicaid. Otros seguros incluyen Medicare, cobertura de salud para jubilados, seguro de cuidados a largo plazo y seguros de salud privados.

Es importante que nos brinde información sobre cualquier otro seguro que tenga. **Si decide no utilizar su otro seguro, podemos negarnos a pagar los servicios que ese seguro tendría que haber cubierto.**

### **¿Qué es la estate recovery (recuperación de patrimonio)? ¿Cómo se aplica en mi caso?**

La estate recovery (recuperación de patrimonio) de Medicaid se aplica a la mayoría de los servicios de cuidados a largo plazo, tanto si los provee *Inclusa* o Medicaid.

A través de la estate recovery (recuperación de patrimonio), el estado busca que se le reembolse el costo de todos los servicios de cuidado a largo plazo de Medicaid. La recuperación se realiza de su patrimonio, o del patrimonio de su cónyuge, después de que ambos hayan fallecido. El dinero recuperado se devuelve al estado. El estado no intentará recuperar el dinero de su patrimonio si su cónyuge o hijo con una discapacidad aún están vivos. La recuperación se producirá después del fallecimiento respectivo de cada uno de ellos.

Para obtener más información sobre la estate recovery (recuperación de patrimonio), consulte con su equipo de cuidado de la salud. Además, puede visitar [dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm](https://dhs.wi.gov/medicaid/erp.htm) o comunicarse al 800-362-3002 (TTY:711).

## Capítulo 6. Sus derechos

Debemos respetar sus derechos como miembro de *Inclusa*.

**Tiene derecho a obtener información de la forma más conveniente para usted.** Para recibir nuestra información de una forma que se acomode a sus necesidades, comuníquese con su equipo de cuidado de la salud *Care Team*.

- Tiene derecho a tener un intérprete presente mientras recibe sus servicios o se encuentra con su equipo de cuidado de la salud.
- Tiene derecho a recibir este manual para miembros en otro idioma o formato.

**Tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto y equidad en todo momento. Tiene derecho a lo siguiente:**

- A recibir un cuidado compasivo y considerado por parte del personal y proveedores de *Inclusa*.
- A recibir sus cuidados en un ambiente limpio y seguro.
- A no tener que hacer trabajos ni prestarle servicios a *Inclusa*.
- A ser alentado y ayudado a hablar con el personal de *Inclusa* sobre los cambios en la política que usted cree que deberían realizarse o los servicios que usted cree que deberían proveerse, sin recibir un trato hostil.
- A ser alentado a ejercer sus derechos como miembro de *Inclusa*.
- A no ser víctima de discriminación. *Inclusa* debe obedecer las leyes que lo protegen de ser discriminado o tratado de manera injusta. A no ser discriminado por motivos de raza, discapacidad mental o física, religión, género, identidad de género, orientación sexual, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, país de origen ni fuente de pago de una persona.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que se utilice como medio de coerción disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que tiene derecho a no ser retenido ni obligado a estar solo para que se comporte de determinada manera, para castigarlo o porque alguien lo considere útil.
- A estar libre de abusos, negligencia y explotación económica.
  - **Un abuso** puede ser físico, emocional, económico o sexual. También constituye abuso si alguien le da un tratamiento, como un medicamento, o lo hace parte de una investigación experimental sin su consentimiento informado.
  - **Una negligencia** se produce cuando un cuidador no brinda cuidados, servicios ni supervisión, lo que genera un riesgo significativo de peligro para usted. El autoabandono se produce cuando es responsable de su propio cuidado y no logra obtener el cuidado adecuado, incluidos alimentos, refugio, ropa ni cuidados médicos o dentales.
  - **La explotación económica** puede consistir en fraude, incitación o coacción, robo, mala conducta de un agente fiscal, suplantación de identidad, falsificación o uso

no autorizado de tarjetas de transacciones financieras, incluidas las de crédito, débito, ATM y otras similares.

### **¿Qué puede hacer si sufre abusos, negligencia o explotación económica?**

Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud sobre cualquier problema de este tipo. Ellos pueden ayudarlo a reportar la situación y a acceder a servicios que lo ayuden a mantenerse seguro. Siempre debería llamar al 911 en casos de emergencia.

Si considera que usted o alguien que usted conoce es víctima de abuso, negligencia o explotación económica, puede comunicarse con los Adult Protective Services (Servicios de protección para adultos). Los Adult Protective Services (Servicios de protección para adultos) ayudan a proteger la seguridad de los adultos mayores y adultos en riesgo que han sufrido abuso, negligencia o explotación económica. También ayudan cuando una persona no puede velar por su propia seguridad debido a una condición de salud o discapacidad.

○ *Capítulo 1. Números de teléfono y recursos importantes.*

- **Tiene el derecho a acceder de manera oportuna a los servicios cubiertos.** Como miembro de *Inclusa*, tiene derecho a recibir los servicios indicados en su plan de cuidados cuando los necesite.
- **Tiene derecho a mantener la privacidad de su información de salud.** Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a *Care Team*.
- **Tiene el derecho a acceder a su historia clínica.** Si desea una copia de sus registros, solicítela a su equipo de cuidado de la salud. Tiene derecho a solicitar a *Inclusa* que cambie o corrija sus registros.
- **Tiene derecho a recibir información sobre *Inclusa*, nuestra red de proveedores y los servicios disponibles.** Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud para recibir esta información.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre sus servicios.** Por ejemplo, tiene el derecho a lo siguiente:
  - A conocer todas sus opciones. Esto significa que tiene derecho a ser informado sobre todas las opciones disponibles, el costo y si tienen cobertura de Family Care. También puede sugerir otros servicios que usted crea que pueden satisfacer sus necesidades.
  - A ser informado de los riesgos que implican sus cuidados.
  - A decir que “no” a cualquier cuidado o servicio recomendado.

- A solicitar una segunda opinión médica. A preguntarle a su equipo de cuidado de la salud si necesita ayuda para conseguir una segunda opinión.

- **Tiene el derecho a redactar una directiva anticipada.** Esto significa que puede dar instrucciones sobre lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones debido a un accidente o una enfermedad grave.

Hay distintos tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos denominados “**living will (testamento en vida)**” y “**power of attorney for health care (poder notarial para la administración de cuidados de la salud)**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Usted decide si desea tener una directiva anticipada. Su equipo de cuidado de la salud puede explicarle cómo establecer y usar una directiva anticipada, pero no pueden obligarlo a establecer una o tratarlo de manera diferente en función de si tiene una directiva anticipada.

Si cree que *Inclusa* no está cumpliendo su directiva anticipada, puede presentar un reclamo ante la Wisconsin Division of Quality Assurance (División de Aseguramiento de la Calidad de Wisconsin). Para presentar un reclamo, llame al 800-642-6552.

Si desea obtener más información sobre las directivas anticipadas, comuníquese con su equipo de cuidado de la salud. También puede encontrar formularios de directivas anticipadas en [dhs.wi.gov/forms/advdirectives](https://dhs.wi.gov/forms/advdirectives).

- **Tiene derecho a recibir sus servicios de Family Care en lugares que le permitan realmente ser parte de la comunidad en la que vive.** Este es su derecho en virtud de la regla federal sobre entornos de servicios basados en el hogar y la comunidad. Dicha regla es aplicable al entorno en el que vive y a los entornos fuera de su hogar donde recibe los servicios durante el día. *Inclusa* debe asegurarse de que recibe sus servicios de Family Care en lugares que le conecten con su comunidad y apoyen su independencia. Esto implica lugares que apoyan su capacidad para:

- Vivir donde usted quiere vivir.
- Formar parte de la vida comunitaria.
- Encontrar y participar en empleos de la misma manera que otras personas de su comunidad.
- Controlar su horario.
- Acceder y tener control sobre su dinero.
- Decidir a quién ver y cuándo hacerlo.
- Mantener su privacidad.

Hable con su equipo de cuidado de la salud si tiene preocupaciones sobre los lugares donde recibe los servicios.

## Capítulo 7. Sus responsabilidades

Tiene algunas responsabilidades como miembro de *Inclusa*. Usted debe hacer lo siguiente:

- Familiarizarse con los servicios que ofrece Family Care. También es fundamental que sepa qué debe hacer para obtener sus servicios.
- Participe en la planificación de su atención al participar en reuniones mensuales y visitas en persona, incluidas las visitas a domicilio, con su equipo de cuidado de la salud.
- Participar en el proceso de decisión de asignación de recursos para encontrar las formas más rentables de satisfacer sus necesidades y apoyar los resultados esperados de sus cuidados a largo plazo.
- Hablar con su equipo de cuidado de la salud sobre las formas en que sus amigos, familiares u otras organizaciones comunitarias y de voluntariado pueden ayudarlo o sobre las formas que usted puede tener para hacer más por usted mismo.
- Seguir el plan de cuidados que acordó junto a su equipo de cuidado de la salud.
- Asumir la responsabilidad de sus acciones si rechaza un tratamiento o no sigue las instrucciones de su equipo de cuidado de la salud o de sus proveedores.
- Utilizar los proveedores o agencias que forman parte de *Inclusa* y su red, a menos que usted y su equipo de cuidado de la salud decidan lo contrario.
- Seguir los procedimientos de *Inclusa* para recibir servicios fuera del horario de atención.
- Informarnos si se muda a una nueva dirección o cambia su número de teléfono.
- Informarnos si planifica una estadía temporal o mudanza fuera de nuestra área de servicio.
- Brindar a *Inclusa* información correcta sobre sus necesidades de cuidados de la salud, situación económica y preferencias, e informarnos lo antes posible sobre cualquier cambio. Esto incluye la firma de un formulario de divulgación de información cuando necesitemos información que no tenga fácilmente disponible.
- Tratar a su equipo, al personal de cuidado en el hogar y a los proveedores de servicios con dignidad y respeto.
- Aceptar los servicios sin importar la raza, el color, la religión, la edad, el sexo, la orientación sexual, la salud, el origen étnico, el credo (creencias) o el país de origen del proveedor.

- Pagar de forma puntual los gastos mensuales. Esto incluye los gastos de alojamiento y comidas. Informe a su equipo de cuidado de la salud lo antes posible si tiene problemas con su pago.
- Utilizar sus beneficios de Medicare y de otros beneficios del seguro, cuando corresponda.
- Cuidar cualquier equipo médico duradero, como sillas de ruedas y camas de hospital.
- Denunciar cualquier fraude o abuso por parte de proveedores o empleados de *Inclusa*. Si sospecha que alguien comete o ha cometido fraude, o que alguien hace o hizo en el pasado uso indebido de fondos de la asistencia pública, entre ellos Family Care, llame a la línea directa de denuncia de fraude al 877-865-3432 o visite [dhs.wi.gov/fraud](https://dhs.wi.gov/fraud).
- No involucrarse en ninguna actividad fraudulenta ni hacer uso indebido de los beneficios. Esto incluye:
  - No ser sincero sobre su nivel de discapacidad.
  - No ser sincero acerca de sus ingresos y activos.
  - No ser sincero acerca de donde vive.
  - Vender los equipos médicos facilitados por *Inclusa*.

Cualquier actividad fraudulenta puede dar lugar a la suspensión de la inscripción en Family Care o a un posible proceso penal.

- Llamar a su equipo de cuidado de la salud para que le ayuden si tiene preguntas o inquietudes.
- Decirnos cómo nos estamos desempeñando. Podemos preguntarle si quiere participar en entrevistas, encuestas de satisfacción u otras actividades de control de calidad para miembros. Sus respuestas nos ayudarán a identificar nuestras fortalezas y los aspectos que debemos mejorar. Indíquenos si le gustaría conocer los resultados de alguna encuesta.

## Capítulo 8. Quejas formales y apelaciones

### Introducción

Si no está satisfecho con los cuidados o servicios que recibe, tiene derecho a presentar una queja formal o a apelar una decisión tomada por *Inclusa* y recibir una revisión oportuna y justa. Lo ideal es comenzar por hablar con su equipo de cuidado de la salud. Esta suele ser la forma más fácil y rápida de abordar sus inquietudes.

- Una **apelación** es un método para pedir que se revise con más detalle una decisión tomada por *Inclusa* sobre sus beneficios. Estas decisiones se denominan determinaciones adversas de beneficios.
- Una **queja** es el modo en que expresa su insatisfacción con *Inclusa*, uno de nuestros proveedores o la calidad de su atención o servicios. Puede presentar una queja si no está satisfecho con algo que no sea una decisión adversa sobre sus beneficios.

Si no desea hablar con su equipo de cuidado de la salud, tiene otras formas de manifestar sus inquietudes.

- Puede llamar a un especialista en derechos de miembros, que puede trabajar con usted durante todo el proceso de la queja formal o apelación para tratar de encontrar una solución. Este va a hacer lo siguiente:
  - Informarle sobre sus derechos
  - Intentar resolver sus dudas
  - Ayudarlo a presentar una queja o apelación

**Para obtener ayuda con el proceso de queja y apelación, póngase en contacto con:**

Inclusa  
Member Rights Specialist  
2801 Hoover Road, Unit 3  
Stevens Point, WI 54481  
Teléfono: Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
Correo electrónico: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

- Puede presentar una queja o apelación ante *Inclusa*.
- Puede colaborar con un programa de ombudsman (defensor del pueblo). Estos programas están disponibles para ayudar con las quejas y apelaciones a todos los miembros de Family Care.
  - Si tiene **60 años o más**, comuníquese con la Board on Aging and Long-Term Care. Visite [longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov), llame al 800-815-0015 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov).

- Si tiene entre **18 y 59 años**, comuníquese con Disability Rights Wisconsin. Visite [disabilityrightswi.org](http://disabilityrightswi.org), llame al 800-928-8778 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico a [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org).
- Un familiar, un amigo, un abogado o un defensor pueden ayudarlo.

### **Copia del expediente de su caso**

Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente. Incluye todos los documentos, la historia clínica y otros materiales relacionados con esta queja formal o apelación. Para solicitar una copia de su expediente, comuníquese con Member Relations 877-622-6700 or [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

---

No tendrá problemas si presenta una queja o no está de acuerdo con su equipo de cuidado de la salud o sus proveedores. Si presenta una queja o apelación, no será tratado de manera diferente. Queremos que esté satisfecho con el cuidado que recibe.

---

## **Quejas formales**

### **¿Qué es una queja formal?**

Una queja formal se da cuando usted no está satisfecho con *Inclusa*, uno de nuestros proveedores o la calidad de los cuidados o servicios que recibe. Por ejemplo, es posible que desee presentar una queja formal si:

- Su trabajador de cuidado personal suele llegar tarde.
- Siente que su equipo de cuidado de la salud no lo escucha.
- Tiene problemas para conseguir citas con un proveedor.
- No está satisfecho con los productos para la incontinencia que le entrega su proveedor.

### **¿Quién puede presentar una queja?**

Una queja puede ser presentada por las siguientes personas:

- Usted.
- La persona encargada de tomar decisiones legales por usted. Por ejemplo, un tutor legal o una persona con poder notarial vigente para la administración de sus cuidados de la salud.
- Una persona u organización designada por usted como su representante autorizado ante Medicaid.
- Cualquier persona autorizada por usted por escrito. Por ejemplo, un familiar, amigo o proveedor.

## ¿Cuál es la fecha límite para presentar una queja formal?

Puede presentar una queja formal en cualquier momento.

## Presente su queja ante *Inclusa*

Puede presentar una queja a *Inclusa* llamándonos o escribiéndonos.

Inclusa  
Attn: Member Relations  
2801 Hoover Road, Unit 3  
Stevens Point, WI 54481  
Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
  
E-mail: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

## ¿Qué pasa después?

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles para informarle que hemos recibido su queja formal. Luego, el personal de *Inclusa* intentará ayudar a resolver sus inquietudes. Quizá no podamos encontrar una solución. O tal vez no desee trabajar con el personal de *Inclusa*. En estos casos, nuestro Comité de Quejas Formales y Apelaciones revisará su queja y tomará una decisión. A continuación, detallamos cómo funciona:

- Le comunicaremos cuándo tiene previsto reunirse el comité para revisar su queja formal.
- La reunión es confidencial.
- Tiene derecho a comparecer en persona. Puede presentarse con un defensor, amigo, familiar o testigos.
- El comité le dará la oportunidad de explicar sus preocupaciones. Puede aportar información, pruebas y testimonios a la comisión.
- Es probable que su equipo de cuidado de la salud u otro miembro del personal de *Inclusa* esté presente en la reunión.
- El comité tomará una decisión en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que hayamos recibido su queja formal. El comité le enviará una carta con la decisión.

## ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión del Comité de Quejas Formales y Apelaciones?

Puede solicitar al DHS que revise la decisión del Comité de Quejas Formales y Apelaciones sobre su queja formal. Puede comunicarse con la línea de quejas y reclamos al 888-203-8338 o enviar un correo electrónico a [dhsfamcare@wisconsin.gov](mailto:dhsfamcare@wisconsin.gov).

## ¿Cuál es la fecha límite para solicitar una revisión del DHS?

El Comité de Quejas Formales y Apelaciones de *Inclusa* debe enviarle una decisión sobre su queja formal dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha de recibo de su queja formal.

- Tiene 45 días a partir de la fecha en que reciba la decisión del comité para solicitar una revisión del DHS.
- Si no recibe una decisión del comité dentro de los 90 días, dispondrá de 45 días desde cuando debió recibir una decisión para pedir una revisión al DHS.  
Por ejemplo, *Inclusa* tiene hasta el 30 de julio para enviarle una decisión. Si llega el 30 de julio y *Inclusa* no le ha enviado una decisión, a partir del 31 de julio, usted tiene hasta el 14 de septiembre para solicitar una revisión de su queja formal por parte del DHS.

## ¿Qué pasa después?

El DHS trabaja con una organización externa llamada MetaStar para revisar las quejas formales. Si solicita una revisión del DHS, MetaStar:

- Le enviará una respuesta por escrito para confirmar la recepción de su solicitud.
- Completará la revisión de su queja formal en un plazo de 30 días siguientes a la recepción de su solicitud.
- Le enviará a usted y a *Inclusa* la decisión final sobre su queja formal en un plazo no mayor que siete días después de completar la revisión.

## ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la revisión del DHS?

La decisión de MetaStar es final. No puede solicitar una audiencia estatal imparcial para una queja formal.

---

## Apelaciones

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es un método para pedir que se revise con más detalle una decisión que *Inclusa* tomó sobre el cese, la suspensión o la disminución de sus beneficios u otras situaciones que se mencionan en la sección de abajo que se titula “¿Qué tipo de asuntos puedo apelar?”. Estas decisiones se denominan **determinaciones adversas de beneficios**.

### ¿Qué tipo de asuntos puedo apelar?

Tiene derecho a presentar una apelación si *Inclusa* realiza lo siguiente:

- Niega su solicitud de un servicio.
- Limita su solicitud de un servicio.
- Termina, reduce o suspende (detiene temporalmente) un servicio que estuvo recibiendo.
- Niega el pago a un proveedor por un servicio.
- Le pide que pague un monto que no considera que no debe.
- No gestiona ni provee servicios de manera oportuna.
- Niega su solicitud para elegir un servicio fuera de la red de proveedores.
- No respeta los plazos establecidos para presentar quejas y apelaciones.
- Le pide al DHS que suspenda su inscripción.

Además, puede presentar una apelación ante *Inclusa* si:

- Su elegibilidad funcional cambia.
- Lo consideran que está en un nivel de atención que no requiere servicios de un hogar de ancianos.
- Usted no está satisfecho con su plan de cuidados por lo siguiente:
  - No lo apoya para vivir en el lugar donde usted quiere vivir.
  - No brinda niveles suficiente de cuidado, tratamiento o apoyo para satisfacer sus necesidades y alcanzar los resultados esperados identificados.
  - Lo obliga a aceptar cuidados, tratamientos o artículos de apoyo que no quiere o que considera muy restrictivos.

Si ocurre alguna de estas situaciones, *Inclusa* le enviará un **Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios)** que incluye sus derechos de apelación. Lea detenidamente; podría indicarle la fecha límite para presentar su apelación y otra información importante relacionada con el tiempo. Si tiene alguna duda, llame a uno de nuestros especialistas en derechos de los miembros para que lo ayude.

**Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios).** El aviso incluye la fecha en que planeamos poner término, suspender o reducir sus servicios. Para ver cómo es un Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios), consulte el appendix (apéndice) 3.

### ¿Quién puede presentar una apelación?

Una apelación puede ser solicitada por usted o por las siguientes personas:

- La persona encargada de tomar decisiones legales por usted. Por ejemplo, un tutor legal o una persona con poder notarial vigente para la administración de sus cuidados de la salud.
- Una persona u organización designada por usted como su representante autorizado ante Medicaid.
- Cualquier persona autorizada por usted por escrito. Por ejemplo, un familiar, amigo o proveedor.

### ¿Cómo puedo presentar una apelación?

Puede presentar una apelación por el método que le resulte más fácil.

- **Por teléfono.** Llame a Call Member Relations at 877-622-6700 or TTY: 711.
- **Por correo, fax o correo electrónico.** Envíe un formulario de solicitud o una carta a:  
Inclusa  
Attn: Member Relations  
2801 Hoover Road, Unit 3  
Stevens Point, WI 54481  
Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
E-mail: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

Puede obtener el formulario de solicitud de apelación en línea en [dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://dhs.wi.gov/familycare/mcoappeal.htm) o en su agencia.

### ¿Cuál es la fecha límite para presentar una apelación ante *Inclusa*?

Su apelación ante *Inclusa* debe ser enviada por correo postal, fax o correo electrónico **en un plazo no mayor que 60 días a partir de la fecha del Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios).**

### ¿Puedo seguir recibiendo servicios durante la apelación?

Si *Inclusa* cesa, suspende o disminuye sus servicios, puede solicitar que se mantengan mientras se resuelve su apelación. Debe enviar su solicitud por correo, fax o correo electrónico **a más tardar** en la fecha en que *Inclusa* prevé modificar sus servicios.

## ¿Qué pasa después?

Si presenta una apelación ante *Inclusa*, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles para informarle que la recibimos. Intentaremos ayudarlo a abordar sus preocupaciones o a encontrar una solución que satisfaga tanto a *Inclusa* como a usted. Es posible que no podamos encontrar una solución, o tal vez no desee colaborar con el personal de *Inclusa* para resolver sus preocupaciones. En este caso, nuestro Comité de Quejas Formales y Apelaciones se reunirá para examinar su apelación. A continuación, detallamos cómo funciona:

- Le comunicaremos cuándo tiene previsto reunirse el comité para revisar su apelación.
- La reunión es privada.
- Tiene derecho a comparecer en persona. Puede presentarse con un defensor, amigo, familiar o testigos.
- Es probable que su equipo de cuidado de la salud u otro miembro del personal de *Inclusa* esté presente en la reunión.
- El comité le dará la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo con la decisión de su equipo de cuidado de la salud. Usted o su representante pueden presentar información, pruebas y testimonio. Puede presentar testigos o exponer sus preocupaciones para ayudar al comité a entender su punto de vista.
- Después de que el comité escuche su apelación, *Inclusa* le enviará una carta de decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recibo de su apelación. *Inclusa* puede tardar hasta 44 días para emitir la decisión si:
  - Usted solicita más tiempo para entregar información al comité.
  - Necesitamos más tiempo para reunir información. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta informándole el motivo del retraso.

## Para acelerar el proceso de su apelación

*Inclusa* tiene 30 días para tomar la decisión de su apelación. Puede solicitarnos acelerar el proceso de su apelación. Esto se denomina “apelación expedita”. Si es así, decidiremos si su salud o su capacidad para realizar sus actividades cotidianas requieren una decisión más rápida. Le comunicaremos lo antes posible si vamos a acelerar su apelación.

En una apelación expedita, recibirá la decisión dentro de las 72 horas a partir de su solicitud. No obstante, *Inclusa* podrá ampliar este plazo hasta un total de 14 días si necesitamos más información y si la espera lo beneficia. Si tiene más información que desea que consideremos, deberá enviarla rápidamente.

**Para solicitar una apelación expedita, comuníquese con:**

Inclusa  
Attn: Member Relations  
2801 Hoover Road, Unit 3  
Stevens Point, WI 54481  
Toll-Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
E-mail: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

---

## Audiencias estatales imparciales

Si no está de acuerdo con la decisión de *Inclusa*, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Una audiencia imparcial le da la oportunidad de explicar a un juez de derecho administrativo por qué piensa que hubo una decisión incorrecta sobre su solicitud o sus beneficios.

### ¿Cómo puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

- **Envíe un formulario de solicitud a la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones).** El formulario de solicitud se encuentra en línea en [dhs.wi.gov/library/f-00236.htm](https://dhs.wi.gov/library/f-00236.htm). También puede obtener una copia de parte de un especialista en derechos de miembros de *Inclusa* o de una de las organizaciones de defensa incluidas en este manual (consulte la página 51). En el apéndice 5 puede encontrar un ejemplo del formulario.
- **Envíe una carta.** Incluya su nombre, información de contacto y firma. Explique lo que está apelando.

Envíe el formulario o una carta para solicitar una audiencia al Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875. Fax: 608-264-9885. Correo electrónico: [DHAMail@wisconsin.gov](mailto:DHAMail@wisconsin.gov).

Asegúrese de firmar el formulario de solicitud o la carta e incluir una copia de la decisión de apelación de *Inclusa* junto a su solicitud. Si *Inclusa* no le brinda una decisión de apelación, incluya una copia de la carta de acuse de recibo de *Inclusa* de su apelación. No envíe la copia original de ninguna de las dos cartas.

### ¿Cuál es la fecha límite para solicitar una audiencia estatal imparcial?

- Su solicitud de audiencia imparcial debe ser enviada por correo postal en un plazo no mayor que 90 días a partir de la fecha de recepción de la carta de decisión del Comité de Quejas Formales y Apelaciones de *Inclusa*.
- También puede solicitar una audiencia estatal imparcial si *Inclusa* no le informa su decisión dentro de los 30 días posteriores a la fecha de recepción de su apelación. En ese caso, tiene 90 días a partir de la fecha de vencimiento de la decisión de *Inclusa* para solicitar una audiencia imparcial.

### **Continuación de sus servicios durante la audiencia estatal imparcial de reducción, suspensión o finalización de un servicio**

Si sus servicios continuaron durante su apelación ante *Inclusa*, puede continuar con los mismos servicios hasta que el juez de derecho administrativo tome una decisión respecto a su solicitud de audiencia imparcial.

Si desea mantener sus beneficios durante la audiencia estatal imparcial, debe:

- Enviar su apelación por fax o correo postal con el matasellos registrado **para o antes de** la fecha en que *Inclusa* planea cesar, suspender o reducir sus servicios.
- Solicitar mantener sus servicios durante el curso de su audiencia estatal imparcial.

Si el juez de derecho administrativo determina que la decisión de *Inclusa* fue correcta, **es posible que tenga que reembolsar los beneficios adicionales que recibió entre el momento en que solicitó su apelación y el momento en que el juez de derecho administrativo toma la decisión.** Sin embargo, si esto le ocasionara una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar este costo.

### **¿Qué pasa después?**

- Después de que envíe su solicitud de audiencia estatal imparcial, la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) le enviará una carta con la fecha, hora y lugar de la audiencia.
- La audiencia se realizará por teléfono o en una oficina de su condado.
- La audiencia estará a cargo de un juez de derecho administrativo.
- Tiene derecho a participar en la audiencia. Puede presentarse con un defensor, amigo, familiar o testigos.
- Su equipo de cuidado de la salud u otro miembro del personal de *Inclusa* estarán en la audiencia para explicar su decisión.
- Tendrá la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo con la decisión de su equipo de cuidado de la salud. Usted o su representante pueden presentar información o testigos, o exponer sus preocupaciones para ayudar al juez de derecho administrativo a entender su punto de vista.
- El juez de derecho administrativo debe emitir una decisión en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted presentó la solicitud de audiencia.

### **También puede presentar una apelación relacionada con decisiones sobre su elegibilidad financiera para Family Care.**

- Si su agencia determina que ya no es financieramente elegible para Family Care o indica que el pago de su costo compartido cambiará, la agencia le enviará una carta con

información respecto a su elegibilidad. Incluirá información sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial.

Presentar una apelación ante la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) es la única forma de impugnar decisiones relacionadas con la **elegibilidad financiera** para Family Care. Esto incluye las decisiones sobre su costo compartido.

## ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo?

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo, tiene dos opciones.

- 1.) Solicitar una nueva audiencia. Si desea que la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) reconsidere su decisión, debe solicitarlo en un plazo de 20 días a partir de la fecha de la decisión del juez de derecho administrativo. El juez de derecho administrativo solo concederá una nueva audiencia si se dan una o ambas de las siguientes circunstancias:
  - Puede demostrar que ocurrió un error grave en relación con los hechos o la aplicación de la ley.
  - Cuenta con información nueva que no pudo conseguir ni presentar en la primera audiencia.
- 2.) Llevar su caso al Tribunal de Primera Instancia. Si desea llevar su caso a los tribunales, debe presentar su petición en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la decisión del juez de derecho administrativo.

---

## ¿Quién puede ayudarme con mi queja formal o apelación?

Puede comunicarse con uno de los especialistas en derechos de miembros de *Inclusa* en cualquier momento que necesite ayuda con una queja formal o apelación o tenga preguntas sobre sus derechos. Los defensores también pueden ayudar a responder a preguntas sobre los procesos de presentación de una queja formal y apelación. Un defensor también puede informarle sobre sus derechos y ayudarlo a asegurarse de que *Inclusa* apoye sus necesidades y resultados esperados. Puede solicitar a cualquier persona que actúe como su defensor, incluidos familiares, amigos, un abogado o cualquier otra persona dispuesta a ayudarlo.

## Programas del Ombudsman (defensor del pueblo)

Los programas Regional ombudsmen (regionales de los defensores del pueblo) ayudan de forma gratuita a todos los miembros de Family Care con quejas formales y apelaciones. Ambos

programas de los ombudsmen (defensores del pueblo) suelen intentar resolver sus problemas sin necesidad de una audiencia. Estas agencias ayudan a los miembros de Family Care:

- Si tiene **más de 60 años**, comuníquese con la Board on Aging and Long Term Care:
  - Visite [longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov)
  - Llame al 800-815-0015 (TTY: 711)
  - Correo electrónico: [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov)
  - Fax: 608-246-7001
  - Escriba a: Wisconsin Board on Aging and Long Term Care  
1402 Pankratz Street, Suite 111  
Madison, WI 53704-4001
  
- Si tiene entre **18 y 59 años**, comuníquese con Disability Rights Wisconsin:
  - Visite [disabilityrightswi.org](http://disabilityrightswi.org)
  - Llame al 800-928-8778 (TTY: 711)
  - Correo electrónico: [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org)
  - Fax: 833-635-1968
  - Escriba a: Disability Rights Wisconsin  
1502 West Broadway, Suite 201  
Madison, WI 53713

## Capítulo 9. Término de su membresía en *Inclusa*

Su membresía en *Inclusa* puede finalizar de varias maneras que se mencionan a continuación:

- Puede decidir poner fin a su membresía en *Inclusa* en cualquier momento.
  - Si desea cancelar su membresía a Family Care, póngase en contacto con uno de los ADRC de las regiones de servicio de *Inclusa*:  
*844-WIS-ADRC (844-947-2372)*

Visite [dhs.wi.gov/adrc](https://dhs.wi.gov/adrc) para obtener más información sobre los ADRC.

- *Inclusa* debe comunicar la información a su agencia. A continuación, se mencionan situaciones puntuales en las que su membresía terminará, aunque no haya sido su elección:
  - Si su elegibilidad finaliza.
  - Su situación financiera cambia, lo que causa la pérdida de su elegibilidad financiera para Family Care.
  - Ya no es funcionalmente elegible, según lo determina la Adult Long Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo para adultos) de Wisconsin.
  - No paga su costo compartido.
  - Provee información incorrecta de manera intencional, lo que afecta su elegibilidad para el programa.
- Con la aprobación del DHS
  - Usted deja de aceptar servicios durante más de 30 días y se desconoce la razón.
  - Se niega a participar en la planificación de sus cuidados y no podemos garantizar su salud y seguridad.
  - Se comporta continuamente de manera disruptiva o genera una situación de inseguridad para el personal, los proveedores u otros miembros.

**Su membresía no puede ser terminada porque su salud se deteriora o porque usted necesita más servicios.**

**Tiene derecho a presentar una apelación si se termina su inscripción en Family Care o si se termina su membresía en *Inclusa*.**

## Apéndices

### Apéndice 1. Glosario

**Abuso:** Se refiere al abuso físico, maltrato psicológico o abuso sexual a una persona. El término abuso también incluye la negligencia, la explotación económica, el someter a tratamiento sin consentimiento y confinar o restringir a una persona de manera injustificada.

**Juez de derecho administrativo:** Un funcionario que dirige una audiencia estatal imparcial para resolver una disputa entre usted y su managed care organization (organización de cuidado administrado) (MCO).

**Directivas anticipadas:** Es una declaración por escrito de los deseos de una persona respecto a tratamientos médicos. Una directiva anticipada se utiliza para asegurarse de que el personal médico cumpla con esos deseos en caso de que la persona no pueda comunicarse.

**Defensor:** Es alguien que puede ayudarlo a asegurarse de que su MCO está atendiendo sus necesidades y resultados esperados.

Puede ayudarlo a resolver disputas de manera informal y puede representarlo si decide presentar una apelación o queja formal.

**Aging and Disability Resource Center (Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) (ADRC):** Son centros de servicios que ofrecen información y asistencia sobre todos los aspectos de la vida relacionados con el envejecimiento o vivir con una discapacidad. Los ADRC son responsables de gestionar las inscripciones y los términos de inscripciones en el programa Family Care.

**Apelación:** Es una solicitud para que su MCO revise una decisión que denegó, redujo o suspendió un servicio. Por ejemplo, si su equipo de cuidado de la salud se niega a pagar un servicio o pone fin a un servicio, tiene derecho a presentar una apelación.

**Activos:** Son artículos de valor de su propiedad, como vehículos, dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, y el valor en efectivo de seguros de vida.

**Representante autorizado de Medicaid:** Persona u organización que designe para que lo ayude a obtener y conservar Medicaid mediante un formulario. Utilice F-10126A ([dhs.wi.gov/library/collection/f-10126a](https://dhs.wi.gov/library/collection/f-10126a)) para una persona o F-10126B ([dhs.wi.gov/library/collection/f-10126b](https://dhs.wi.gov/library/collection/f-10126b)) para una organización.

**Beneficios:** Son los servicios disponibles para los miembros de Family Care. Estos incluyen servicios de cuidado personal, atención de salud en el hogar, transporte, suministros médicos y cuidados de enfermería.

**Plan de cuidados de salud:** Un plan continuo que documenta sus resultados personales y los resultados esperados, las necesidades, las preferencias y las fortalezas de sus cuidados a largo plazo. El plan identifica los servicios que recibirá de familiares y amigos, e identifica los servicios aprobados que serán provistos por su MCO.

**Equipo de cuidado de la salud:** A cada miembro de Family Care se le asigna un equipo de cuidado de la salud que incluye un trabajador social y una enfermera certificada. Usted y su equipo de cuidado de la salud evalúan sus necesidades, identifican sus resultados esperados y crean su plan de cuidados. Ellos aprobarán, coordinarán y supervisarán sus servicios.

**Copagos:** Es un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica cubierto.

**Costo compartido:** Importe mensual que puede tener que pagar para permanecer en Family Care.

**Rentable:** Se refiere a la opción que apoya efectivamente sus resultados esperados de los cuidados a largo plazo a un costo y esfuerzo razonable.

**Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) (DHS):** Es la agencia del estado de Wisconsin que administra los programas Medicaid de Wisconsin, incluido Family Care.

**Cancelación de la inscripción:** El proceso de finalización de su membresía en Family Care.

**Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones):** Es la agencia del estado de Wisconsin responsable de las audiencias estatales imparciales.

**Inscripción o matrícula:** El proceso de solicitud o inscripción en un programa.

**Estate recovery (recuperación de patrimonio):** Es el proceso por el que el estado de Wisconsin solicita el reembolso de los costos de servicios de Medicaid que una persona recibe a través de los cuidados a largo plazo financiados por Medicaid. El estado recupera dinero del patrimonio de una persona después de que la persona y su cónyuge fallecen.

**Apelación expedita:** Un proceso que puede utilizar para acelerar su apelación si considera que esperar la cantidad de tiempo regular podría generar perjuicios graves a su salud o su capacidad para realizar sus actividades diarias.

**Family Care:** Es un programa de cuidados a largo plazo de Medicaid que ayuda a adultos mayores y adultos con discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo. Las personas que participan en el programa reciben servicios para ayudarlas a vivir en su propia casa siempre que sea posible.

**Elegibilidad financiera:** La elegibilidad financiera implica ser elegible para Medicaid. La agencia analiza sus ingresos y activos para determinar si es elegible para Medicaid. Para estar en Family Care debe ser elegible para Medicaid.

**Elegibilidad funcional:** La Adult Long Term Care Functional Screen (Evaluación funcional de cuidados a largo plazo para adultos) de Wisconsin determina si es funcionalmente elegible para Family Care. Recopila información sobre su estado de salud y necesidad de asistencia para actividades como bañarse, vestirse y usar el baño.

**Queja formal:** Un reclamo sobre cuidados, servicios u otros asuntos generales. Puede presentar una queja si no está satisfecho con la calidad de su cuidado, las relaciones entre usted y su equipo de cuidado de la salud o sus derechos como miembro.

**Tutor:** El Tribunal de Primera Instancia puede nombrar un tutor si usted es incapaz de tomar decisiones sobre su propia vida.

**Income Maintenance Agency (Agencia de mantenimiento de ingresos):** Su agencia local determina la elegibilidad financiera para Medicaid, Family Care y otras prestaciones públicas. Para encontrar la agencia más cercana, visite [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).

**La persona encargada de tomar decisiones legales:** Una persona con autoridad legal para tomar decisiones por usted. Una persona encargada de tomar decisiones legales puede ser un tutor legal de usted o su patrimonio (o de ambos), un custodio o una persona designada como

*DHS Approval 09/23/2025*

representante en virtud de un poder notarial para la administración de cuidados de la salud o de las finanzas.

**Nivel de cuidado:** Se refiere al grado de ayuda que necesita para realizar sus actividades diarias. Debe cumplir con los requisitos de un nivel de cuidado “en un hogar de ancianos” o de un nivel de cuidado “que no corresponde al de un hogar de ancianos” para ser elegible para Family Care.

**Long-term care (Cuidados a largo plazo):** Los servicios y apoyos que pueda necesitar debido a una discapacidad, envejecimiento o enfermedad crónica que limite su capacidad para hacer las cosas que forman parte de su rutina diaria. Estas incluyen actividades como bañarse, vestirse, prepararse la comida, ir a trabajar y pagar facturas.

**Resultados esperados del cuidado a largo plazo:** Es una situación, condición o circunstancia que usted o su equipo de cuidado de la salud identifican para aumentar al máximo su independencia.

**Managed Care Organization (Organización de Cuidado Administrado) (MCO):** Es la agencia que opera el programa Family Care.

**Medicaid:** Es un programa médico y de cuidados a largo plazo operado por el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) (DHS) de Wisconsin. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicaid para ser miembro de Family Care.

**Medicare:** Es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante de riñón). Medicare cubre hospitalizaciones, servicios médicos, medicamentos recetados y otros servicios.

**Miembro:** Es una persona que cumple con los criterios de elegibilidad funcional y financiera y se inscribe en Family Care.

**Especialista en derechos de miembros:** Un empleado de la MCO que puede ayudarlo a entender sus derechos y responsabilidades. El especialista en derechos de miembros ayuda con inquietudes respecto a cuidados y servicios y puede ayudarlo a presentar una queja formal o apelación.

**MetaStar:** Es la agencia con la que trabaja el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) (DHS) de Wisconsin para revisar y tomar decisiones finales respecto a las quejas formales de los miembros.

**Apoyos naturales:** Son las personas en su vida que ya eligieron ayudarlo.

**Nivel de cuidado que no corresponde al de un hogar de ancianos:** La asistencia que requiere abarca ciertos servicios de cuidados a largo plazo, pero no incluye en un hogar de ancianos. En este nivel de cuidado se dispone de un conjunto limitado de servicios de Family Care.

**Notice of adverse benefit determination (Aviso de determinación adversa de beneficios):** Una notificación por escrito de la MCO que explique un cambio en el servicio y el motivo de este. La MCO debe enviarle este aviso si deniegan su solicitud de un servicio cubierto, se niegan a pagar un servicio cubierto o si planean cesar, suspender o reducir un servicio.

**Notificación de derechos de apelación:** Es una carta que explica sus opciones para presentar una apelación. Las MCO deben enviar una carta de derechos de apelación si no brindan los servicios de manera oportuna o no cumplen con los plazos para tramitar una apelación.

**Nivel de cuidado en un hogar de ancianos:** El nivel de asistencia que requiere es tan alto que cumple con los criterios para recibir servicios en un hogar de ancianos. En este nivel de cuidados se dispone de un conjunto amplio de servicios de Family Care.

**Ombudsman (defensor del pueblo):** Es una persona que investiga las inquietudes informadas y puede ayudarlo a resolver problemas respecto a sus cuidados y servicios.

**Resultados personales:** Los objetivos que tiene para su vida.

**Poder notarial para la administración de cuidados de la salud:** Es un documento legal que usted puede usar para autorizar a alguien a tomar decisiones en su nombre respecto al cuidado de la salud si no puede tomar esas decisiones por sí mismo.

**Autorización previa (aprobación previa):** El equipo de cuidado de la salud debe autorizar sus servicios antes de que los reciba (excepto en una emergencia). Si recibe un servicio o acude a un proveedor fuera de la red, es posible que la MCO no pague por el servicio.

**Red de proveedores:** Las agencias y los particulares con los que la MCO contrata la prestación de servicios. Los proveedores incluyen asistentes, trabajadores de cuidado personal, apoyo en el hogar, agencias de salud en el hogar, centros de vida asistida y hogares de ancianos. El equipo de cuidado de la salud debe autorizar sus servicios antes de que pueda elegir un proveedor del directorio.

**Servicios residenciales:** Los entornos de cuidado residencial incluyen hogares familiares para adultos, centros residenciales comunitarios, complejos de apartamentos de cuidado residencial y hogares de ancianos.

**Proceso de decisión de asignación de recursos:** Es una herramienta que usted y su equipo de cuidado de la salud utilizan para encontrar formas eficientes de satisfacer sus necesidades y apoyar la consecución de los resultados esperados de sus cuidados a largo plazo.

**Alojamiento y comida:** Gastos de alquiler y alimentación para vivir en un centro de cuidado residencial. Usted es responsable de pagar sus gastos de alquiler y comida.

**Self-directed supports (Apoyos autogestionados) (SDS):** Es una forma de organizar, comprar y dirigir algunos de sus servicios de cuidados a largo plazo. Puede elegir tener control sobre su presupuesto para los servicios. También puede tener la responsabilidad sobre sus proveedores, lo cual incluye contratar, capacitar, supervisar y despedir a sus trabajadores de cuidado directo.

**Área de servicios:** El área donde debe residir para inscribirse y mantener su inscripción con *Inclusa*.

**Audiencia imparcial estatal:** Es una audiencia que lleva a cabo un juez de derecho administrativo que trabaja para la Division of Hearing and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) del estado de Wisconsin.

## Appendix 2. Application for Reduction of Cost Share

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  
Division of Medicaid Services  
F-01827 (12/2022)

**STATE OF WISCONSIN**  
Administrative Rule  
DHS 10.34

### **APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE**

This process is optional. However, if you would like to request a reduction of cost share, completing this form is required. All the information requested on this form needs to be submitted. Under s 49.45(4), Wis Stats, personally identifiable information about members is confidential and is used for purposes directly related to Family Care, PACE, and Family Care Partnership administration.

#### **Who can request a cost share reduction?**

- Are you a Family Care, Family Care Partnership, or PACE member?
- Do you have to pay a monthly cost share?
- Are you unable to pay your monthly cost share due to your necessary monthly living expenses?

**If you answered yes to all three questions above, you may qualify for a reduction of your cost share.**

**NOTE:** Members who live in nursing homes are NOT eligible for cost share reduction.

Necessary monthly living expenses include costs such as mortgage payments, rent, home/renter's insurance, property taxes, clothing, food, hygiene items, internet, phone, utilities, and the cost of operating and maintaining a vehicle.

**NOTE:** If your monthly living expenses have significantly increased, please contact your managed care organization (MCO) care manager to update your information. This may automatically reduce your cost share to the appropriate amount without requiring completion of this application.

To request a reduction of your cost share, please complete this form or provide the same information in your own format and mail, fax, or email it to:

Member Rights Specialist  
Department of Health Services  
Bureau of Programs and Policy  
1 West Wilson Street, Room 518  
P.O. Box 7851  
Madison, WI 53707-7851  
Fax: 608-266-5629  
Email: [DHSLTCFax@dhs.wisconsin.gov](mailto:DHSLTCFax@dhs.wisconsin.gov)

Along with your application, you will need to submit proof of your monthly income, your monthly expenses, and the cost share you owe to your MCO. The form tells you what type of proof is needed and examples of the types of documents to provide. The Wisconsin Department of Health Services (DHS) will review your application and proof to calculate if the amount of cost share you pay each month can be reduced. Please note processing takes

approximately 30 days after receipt of the complete application. DHS will send you a letter approving or disapproving your request. If you have questions, please call: 1-855-885-0287. TTY: 711

**Who can help me complete this form?**

You can obtain assistance, free of charge, from the following resources:

- **Your MCO care manager**  
Contact your MCO care manager for assistance.  
<https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcocontacts.pdf>
- **If you are age 18-59, contact the ombudsman program through Disability Rights Wisconsin.** An ombudsman can provide free and confidential support toll free at 1-800-928 8778, mention Family Care.
- **If you are age 60+, contact an elder benefit specialist.**  
An elder benefit specialist can help answer your questions. Services are free and confidential. To find an elder benefit specialist in your county or Tribe, contact your local Aging and Disability Resource Center or aging office:  
<https://www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/counties.htm>

## APPLICATION FOR REDUCTION OF COST SHARE

Answer the questions on this form as completely as you can. If you are filling out this form for someone else, answer the questions as they apply to that person. If more space is needed, attach a separate sheet(s) of paper and indicate the number and letter (if any) of the question you are answering.

### Section 1—Applicant Information

Last Name	First Name	Middle Initial	
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Phone Number	Email Address		
Name of Managed Care Organization (MCO) Member is Enrolled in			
Name of MCO Care Manager			
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Medicaid ID Number or CARES ID		

### Section 2—Authorized Representative (complete this section if applicable)

Last Name—Representative	First Name—Representative	Middle Initial	
Mailing Address—Street	City	State	Zip Code
Phone Number	Email Address		

#### A. Source of Authority to Act as Member’s Representative:

Check the boxes that apply. *Proof Required:* For any box you have checked, attach a copy of the document that grants you the authority to act as the member’s representative. For example, a signed guardianship order or activated power of attorney document.

- Guardian of Estate   
  Guardian of the Person   
  Power of Attorney for Finances   
  Attorney  
 Power of Attorney for Health Care   
  Other—Specify:

### Section 3—Current Cost Share and Amount of Cost Share Reduction Requested

Answer the questions below. *Proof Required:* Attach a copy of your monthly cost share bill from the MCO or the State of Wisconsin.

<b>A. What is your current monthly cost share amount?</b> <i>(This is the amount of cost share you must pay to the MCO now.)</i>	\$		per
	month		
<b>B. What is the amount of monthly cost share you can afford to pay?</b> <i>(This is the amount of cost share you would pay the MCO if your request is fully granted.)</i>	\$		per
	month		

### Section 4—Why Cost Share Reduction is Necessary

Please explain why you need a reduction in cost share (attach additional pages, if needed):

---



---



---

**Section 5—Past Cost Share Amount**

**A. Do you owe the MCO cost share for past months?**  Yes  No

**B. If yes, how much do you owe?** \$

**Section 6—Current Income Amount**

List all types of income you receive below. *Proof required:* Attach documentation such as copy of social security statement, annual tax return, statement from a pension or annuity company, paystubs, bank records of deposits into your checking or savings account from social security, pension, or annuity.

**A. Total monthly gross income** (This is income before taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out). \$ per month

**B. Total monthly net income** (This is the actual income you receive after taxes, Medicare Part B and D premiums, and other deductions are taken out). Also known as “take-home” pay. \$ per month

<b>C. TYPE</b>		<b>D. Source of income AMOUNT</b>
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Annuity	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached Supporting Document	\$

<b>Section 7—Current Monthly Living Expenses</b>		
<b>A.</b>	<b>B. List your total monthly necessary living expenses below. Proof required: Attach documentation such as a copy of a mortgage statement, rental agreement or lease, condo fee invoice, property tax bill, insurance bill, utility bill, bank statement, or cancelled check.</b>	
<b>TYPE</b>		<b>AMOUNT</b>
<input type="checkbox"/> Mortgage	<input type="checkbox"/> Attached mortgage bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Rent	<input type="checkbox"/> Attached lease or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Homeowner's insurance	<input type="checkbox"/> Attached homeowner's insurance bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Renter's insurance	<input type="checkbox"/> Attached insurance bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Property taxes	<input type="checkbox"/> Attached property tax bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Condo fees	<input type="checkbox"/> Attached condo association fee or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Clothing	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Electric/Gas	<input type="checkbox"/> Attached electric/gas bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Hygiene	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Attached internet bill	\$
<input type="checkbox"/> Maintenance and operation of vehicle	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Phone (landline <b>or</b> cell, not both)	<input type="checkbox"/> Attached phone bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Sewer/Septic	<input type="checkbox"/> Attached sewer/septic bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Water	<input type="checkbox"/> Attached water bill or other supporting document	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$
<input type="checkbox"/> Other Specify:	<input type="checkbox"/> Attached supporting documentation	\$

**Section 8—Contact Information for Person who Assisted Member with Form (complete this if applicable)**

<b>NAME</b> — MCO Care Manager, Ombuds, Family Member, or Other	<b>Title</b>
<b>Email or Phone</b>	<b>Date</b>

**Section 9—Fair Hearing Request**

Have you requested a fair hearing with the Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings and Appeals regarding your cost share amount?  Yes  No

If yes, what is the date the hearing occurred or is set to occur?  
Date (mm/dd/yyyy)

<b>SIGNATURE</b> – Member or Authorized Representative	<b>Date Signed</b>
--	--------------------

**Appendix 3. Sample Notice of Adverse Benefit Determination**

**FAMILY CARE  
NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**

Mailing Date: Insert Date Notice Mailed

Member Name

Member ID: Member's ID or MCI Number

Member/Legal Decision Maker's Street Address

City, State Zip Code

Dear Member Name,

This notice confirms our discussion on insert date.

The service or support in question is: insert service in question

After reviewing the options with you using the Resource Allocation Decision (RAD) process, we have decided to:

**Terminate current service.**

Effective date of intended action:

**Reduce current service.**

Effective date of intended action:

Description of current level:

New level after reduction:

**Suspend current service.**

Effective date of intended action:

Expected date service will resume:

**Deny request for service or support.**

Date of request:

**Limit request for service or support.**

Date of request:

Description of requested level:

Authorized level of service or support:

**Deny payment for service or support (member request).**

Date of request:

Date(s) service provided:

Provider or supplier:

Payment amount being denied: \$

**Deny payment for service or support (provider claim).**

Service or support:

Date(s) of denial(s):

Date(s) of claims(s):

Provider/Supplier:

**The reason for our decision is that:**

- The service or support is not an effective way to support your outcome(s).
- You do not need this service or level of service or support to support your outcome.
- We are already supporting your outcome in another way.
- The service or support you received was not authorized.
- An informal support has been identified and has agreed to provide this service or support for you.
- The service or support is being performed by a member of your household and the service or support benefits the other individuals residing in the household with you.
- Other:

Explanation of the decision:

If you disagree with this decision, the following pages describe your options.

Sincerely,

Care manager name  
Care manager title  
Phone number

RN care manager name  
RN Care Manager title  
Phone number

---

## Appeal Rights

### 1. How to appeal this decision

---

If you disagree with this decision, write, call, fax, or email:

Inclusa  
Member Relations  
2801 Hoover Rd., Unit 3  
Stevens Point, WI 54481  
877-622-6700  
memberrelations@inclusa.org

You can get the Appeal Request form online at [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), or by calling one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice.

**Include a copy of this notice with the completed request form or letter.**

### 2. Grievance and Appeal Committee

After Inclusa receives your request, we will set up a meeting with our Grievance and Appeal Committee. The committee is made up of Inclusa representatives and at least one person who is also receiving services from us (or represents someone who does).

You have the right to appear in person if you choose. You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony to this committee.

You will receive a written decision on your appeal. If you do not agree with the Grievance and Appeal Committee's decision, you can request a state fair hearing. See the "state fair hearing" section below for more information.

### 3. Continuation of services

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until the Grievance and Appeal Committee makes a decision on your appeal.

If you want to keep your benefits during your appeal, **your request must be postmarked, faxed, or emailed on or before insert effective date of intended action.**

If the Grievance and Appeal Committee decides that Inclusa, decision was right, you may need to repay the extra benefits that you **received** between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

#### 4. **Deadline to file your appeal with Inclusa**

You should file your appeal as soon as possible.

Your appeal to Inclusa must be postmarked, faxed, or emailed no later than 60 calendar days from the mailing date on page one of this notice. **Important:** If you would like your benefits to continue during your appeal, your appeal must be postmarked, faxed, or emailed **insert effective date of intended action**.

#### 5. **Speeding up your appeal with Inclusa**

You may ask Inclusa to speed up your appeal. If Inclusa decides that taking the standard amount of time could seriously harm your health or ability to perform your daily activities, we will grant you a faster appeal called an “expedited appeal.” This means you will receive a decision on your case within 72 hours of your request. If you want to learn more about an expedited appeal, contact Inclusa at 877-622-6700.

#### 6. **State fair hearing**

You have the right to ask for a state fair hearing if you do not agree with the Grievance and Appeal Committee’s decision on your appeal.

If you ask for a state fair hearing, you will have a hearing with an independent Administrative Law Judge (ALJ). You may bring an advocate, friend, family member, or witnesses. You may also present evidence and testimony at the hearing.

Inclusa’s member rights specialist can assist you with filing a fair hearing request. To contact a member rights specialist, call 877-622-6700. You can also get the hearing form from one of the independent ombudsman agencies listed at the end of this notice or online at [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).

Send the completed request form or a letter asking for a hearing and a copy of this notice to:

Family Care Request for Fair Hearing  
Wisconsin Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison, WI 53707-7875  
Fax: 608-264-9885

**Important Note:** You cannot request a state fair hearing until you have received the Grievance and Appeal Committee’s decision on your appeal or Inclusa fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal.

You have 90 calendar days from the date you receive the Grievance and Appeal Committee’s written decision on your appeal to request a state fair hearing. If Inclusa fails to send you a written decision within 30 calendar days of receiving your appeal, the 90 days starts the day after the 30 calendar day period ends.

#### 7. **Who can help you understand this notice and your rights?**

- a. Inclusa’s member rights specialist can inform you of your rights, try to informally resolve your concerns, and assist you with filing an appeal. The member rights specialist **cannot** represent you at a meeting with our Grievance and Appeal Committee or at a state fair hearing. To contact a member rights specialist, call 877-622-6700.

- b. Anyone receiving Family Care services can get free help from an **independent ombudsman**. The following agencies advocate for Family Care members:

**For members age 18 to 59:**

Disability Rights Wisconsin

Toll Free: 800-928-8778

TTY: 711

**For members age 60 and older:**

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Toll Free: 800-815-0015

TTY: 711

**Copy of your case file**

You have the right to a free copy of the information in your case file related to this decision.

Information means all documents, medical records, and other materials related to this decision. If you decide to appeal this decision, you have the right to any new or additional information Inlusa gathered during your appeal. To request a copy of your case file, contact a member rights specialist at 877-622-6700.

## Appendix 4. Inclusa appeal request form

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES  
Division of Medicaid Services  
F-00237 (08/2023)

STATE OF WISCONSIN  
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

### APPEAL REQUEST – INCLUSA

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify your case and process your request only.

Name – Member		Today's Date
Mailing Address		
City	State WI	Zip Code

Check this box if you would like to appeal Inclusa's decision by requesting a meeting with the Inclusa Grievance and Appeal Committee.

#### Continuing your services during an appeal of a reduction, suspension, or termination of a service

If you are getting benefits and you ask for an appeal before your benefits change, you can keep getting the same benefits until a decision on your appeal has been made. If you want to keep your benefits during your appeal, your request must be postmarked or faxed **on or before the effective date of the intended action**. If the Grievance and Appeal Committee decides that Inclusa's decision was correct, you may need to repay the extra benefits that you got between the time you asked for your appeal and the time that the Grievance and Appeal Committee makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.

Check this box if you would like to request the same services to continue during your appeal.

#### Copy of your case file

You have a right to a free copy of the information in your case file related to your appeal. Information means documents, records and other related material including any new or additional information Inclusa gathers during your appeal.

Check this box if you would like to receive the information in your case file from Inclusa related to your appeal.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE – Member

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Mail or fax this form to:

Inclusa  
Attn: Member Relations  
2801 Hoover Road, Unit 3  
Stevens Point WI 54481  
Fax: 715-345-5725  
Toll Free: 1-877-622-6700  
TTY: 711 or 1-715-204-1799  
Email: [memberrelations@inclusa.org](mailto:memberrelations@inclusa.org)

To start your appeal as soon as possible, you can call Inclusa at 715-204-1805 before mailing this form.

Your appeal must be postmarked or faxed no later than **60 calendar days** from the date on the Notice of Adverse Benefit Determination.

## Appendix 5. State fair hearing request form

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES  
Division of Medicaid Services  
F-00236 (02/2020)

STATE OF WISCONSIN  
Wis. Stats. § 46.287(2)(c)

### REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING

#### SECTION A – REQUIRED

Completing this form is voluntary. Personally identifiable information collected on this form is used to identify the case and process your request only.

Name – Member		Phone	Medicaid ID #
Mailing Address		Program <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE	
City	Zip Code	Managed Care Organization (MCO)	
Today's Date		Effective Date of Adverse Benefit Determination	

**Continuing your services:** If the adverse benefit determination affects your services and your request is received before the effective date, your services in most cases will not stop or be reduced. (If the judge decides that the MCO's decision was right, you may need to repay the extra services that you got between the time you asked for a fair hearing and the time that the judge makes a decision. However, if it would cause you a large financial burden, you might not be required to repay this cost.)

Do you wish your services to be continued?  Yes  No

#### SECTION B

<p><b>Complete only if fair hearing request is related to:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eligibility      <input type="checkbox"/> Cost Share</p>	<p>Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)</p>
---	---

#### SECTION C

**Complete only if fair hearing request is related to one of the below. To request a fair hearing related to one of the below, you must first go through your MCO's appeals process.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Functional eligibility screen conducted by MCO          | <input type="checkbox"/> Failure to provide services/supports in a timely manner |
| <input type="checkbox"/> Reduction, suspension or termination of service/support | <input type="checkbox"/> Involuntary disenrollment from the MCO                  |
| <input type="checkbox"/> Denial or limited authorization of a requested service  | <input type="checkbox"/> Denial of request to dispute a financial liability      |

Denial of payment for a service

Denial of request to obtain services outside the MCO's network

Care plan

Failure of the MCO to make an appeal decision within the required timeframe

Why are you asking for a hearing? (Attach additional sheet if needed.)

Yes

No

1. Did you file an appeal with your MCO's Grievance and Appeal Committee?

Date you filed the appeal:

Yes

No

2. Did you request the same services to continue during your appeal with the MCO?

Yes

No

3. Have you received a written decision from the MCO's Grievance and Appeal Committee? Attach a copy of the decision to this form **or** briefly describe the decision below:

Summary of decision:

Yes

No

4. If you answered "No" to question 3, when was the MCO's Appeal and Grievance Committee decision due:

(If possible, attach a copy of the MCO's letter that told you when you would receive a decision.)

Note: The MCO Appeal and Grievance Committee has up to 30 days to make a decision on your appeal. You must wait to see if the MCO sends you a decision on your appeal by the date in the letter before you can request a fair hearing.

**SECTION D - REQUIRED**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE** – Member

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Mail or fax this form **AND** a copy of the MCO's appeal decision letter (or, if the MCO did not provide you with an appeal decision letter, the MCO's letter informing you of the date by which it would provide you with its decision) to:

Family Care Request for Fair Hearing  
c/o Division of Hearings and Appeals  
PO Box 7875  
Madison WI 53707-7875  
Fax: 608-264-9885

## Appendix 6. Notice of privacy practices

### Insurance ACE Notice of Privacy Practices

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**The privacy of your personal and health information is important. You do not need to do anything unless you have a request or complaint.**

This Notice of Privacy Practices applies to all entities that are part of the Insurance ACE, an Affiliated Covered Entity under HIPAA. The ACE is a group of legally separate covered entities that are affiliated and have designated themselves as a single covered entity for purposes of HIPAA. A complete list of the members of the ACE is available at <https://huma.na.insuranceace>.

We may change our privacy practices and the terms of this notice at any time, as allowed by law, including information we created or received before we made the changes. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and send the notice to our health plan subscribers.

#### **What is nonpublic personal or health information?**

Nonpublic personal or health information includes both medical information and personal information, like your name, address, telephone number, Social Security number, account numbers, payment information, or demographic information. The term "information" in this notice includes any nonpublic personal and health information. This includes information created or received by a healthcare provider or health plan. The information relates to your physical or mental health or condition, providing healthcare to you, or the payment for such healthcare.

#### **How do we collect information about you?**

We collect information about you and your family when you complete applications and forms. We also collect information from your dealings with us, our affiliates, or others. For example, we may receive information about you from participants in the healthcare system, such as your doctor or hospital, as well as from employers or plan administrators, credit bureaus, and the Medical Information Bureau.

#### **What information do we receive about you?**

The information we receive may include such items as your name, address, telephone number, date of birth, Social Security number, premium payment history, and your activity on our website. This also includes information regarding your medical benefit plan, your health benefits, and health risk assessments.

#### **How do we protect your information?**

We have a responsibility to protect the privacy of your information in all formats including electronic and oral information. We have administrative, technical, and physical safeguards in place to protect your information in various ways including:

- Limiting who may see your information
- Limiting how we use or disclose your information
- Informing you of our legal duties about your information
- Training our employees about our privacy program and procedures

#### **How do we use and disclose your information?**

We use and disclose your information:

- To you or someone who has the legal right to act on your behalf
- To the Secretary of the Department of Health and Human Services

We have the right to use and disclose your information:

- To a doctor, a hospital, or other healthcare provider so you can receive medical care.
- For payment activities, including claims payment for covered services provided to you by healthcare providers and for health plan premium payments.
- For healthcare operation activities, including processing your enrollment, responding to your inquiries, coordinating your care, improving quality, and determining premiums.
- For performing underwriting activities. However, we will not use any results of genetic testing or ask questions regarding family history.
- To your plan sponsor to permit them to perform, plan administration functions such as eligibility, enrollment, and disenrollment activities. We may share summary level health information about you with your plan sponsor in certain situations. For example, to allow your plan sponsor to obtain bids from other health plans. Your detailed health information will not be shared with your plan sponsor. We will ask your permission, or your plan sponsor must certify they agree to maintain the privacy of your information.
- To contact you with information about health-related benefits and services, appointment reminders, or treatment alternatives that may be of interest to you. If you have opted out, we will not contact you.
- To your family and friends if you are unavailable to communicate, such as in an emergency.
- To your family and friends, or any other person you identify. This applies if the information is directly relevant to their involvement with your health care or payment for that care. For example, if a family member or a caregiver calls us with prior knowledge of a claim, we may confirm if the claim has been received and paid.
- To provide payment information to the subscriber for Internal Revenue Service substantiation.
- To public health agencies, if we believe that there is a serious health or safety threat.
- To appropriate authorities when there are issues about abuse, neglect, or domestic violence.
- In response to a court or administrative order, subpoena, discovery request, or other lawful process.
- For law enforcement purposes, to military authorities and as otherwise required by law.

– continued to next page

## Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

- To help with disaster relief efforts.
- For compliance programs and health oversight activities.
- To fulfill our obligations under any workers' compensation law or contract.
- To avert a serious and imminent threat to your health or safety or the health or safety of others.
- For research purposes in limited circumstances and provided that they have taken appropriate measures to protect your privacy.
- For procurement, banking, or transplantation of organs, eyes, or tissue.
- To a coroner, medical examiner, or funeral director.

Additional restriction on use and disclosure for specific types of information:

- Some federal and state laws may restrict the use and disclosure of certain sensitive health information such as: Substance Use Disorder; Biometric Information; Child or Adult Abuse or Neglect, including Sexual Assault; Communicable Diseases; Genetic Information; HIV/AIDS; Mental Health; Reproductive Health; and Sexually Transmitted Diseases.
- Reproductive Health Information: We will not use or disclose information to conduct an investigation into identifying (or the attempt to impose liability against) any person for the act of seeking, obtaining, providing, or facilitating lawful reproductive health care. In response to a government agency's (or other person's) request for information that might be related to reproductive health care, the person making the request must provide a signed attestation that the purpose of the request does not violate the prohibition on disclosing reproductive health care information.

### Will we use your information for purposes not described in this notice?

We will not use or disclose your information for any reason that is not described in this notice, without your written permission. You may cancel your permission at any time by notifying us in writing.

The following uses and disclosures will require your written permission:

- Most uses and disclosures of psychotherapy notes
- Marketing purposes
- Sale of personal and health information

### What do we do with your information when you are no longer a member?

Your information may continue to be used for purposes described in this notice. This includes when you do not obtain coverage through us. After the required legal retention period, we destroy the information following strict procedures to maintain the confidentiality.

### What are my rights concerning my information?

We are committed to responding to your rights request in a timely manner.

- Access – You have the right to review and obtain a copy of your information that may be used to make decisions about you. You also may receive a summary of this health information. As required under applicable law, we will make this personal information available to you or to your designated representative.
- Adverse Underwriting Decision – If we decline your application for insurance, you have the right to be provided a reason for the denial.
- Alternate Communications – To avoid a life-threatening situation, you have the right to receive your information in a different manner or at a different place. We will accommodate your request if it is reasonable.
- Amendment – You have the right to request correction of any of this personal information through amendment or deletion. Within 60 business days of receipt of your written request, we will notify you of our amendment or deletion of the information in dispute, or of our refusal to make such correction after further investigation. If we refuse to amend or delete the information in dispute, you have the right to submit to us a written statement of the reasons for your disagreement with our assessment of the information in dispute and what you consider to be the correct information. We shall make such a statement accessible to any and all parties reviewing the information in dispute.\*
- Disclosure – You have the right to receive a listing of instances in which we or our business associates have disclosed your information. This does not apply to treatment, payment, health plan operations, and certain other activities. We maintain this information and make it available to you for six years. If you request this list more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee.
- Notice – You have the right to request and receive a written copy of this notice any time.
- Restriction – You have the right to ask to limit how your information is used or disclosed. We are not required to agree to the limit, but if we do, we will abide by our agreement. You also have the right to agree to or terminate a previously submitted limitation.

### If I believe that my privacy has been violated, what should I do?

If you believe that your privacy has been violated, you may file a complaint with us by calling us at **866-861-2762** any time. You may also submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). We will give you the appropriate OCR regional address on request. You can also email your complaint to **OCRComplaint@hhs.gov**. If you elect to file a complaint, your benefits will not be affected, and we will not punish or retaliate against you in any way.

– continued to next page

## Insurance ACE Notice of Privacy Practices – continued

We support your right to protect the privacy of your personal and health information.

### Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

GN14474HH 01/25

### How do I exercise my rights or obtain a copy of this notice?

All of your privacy rights can be exercised by obtaining the applicable forms. You may obtain any of the forms by:

- Contacting us at 866-861-2762
- Accessing our website at Humana.com and going to the Privacy Practices link
- Send completed request form to:  
Humana Inc. Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

\*This right applies only to our Massachusetts residents in accordance with state regulations.