



CHA
Health Plan

Manual para miembros de Florida Medicaid de Clear Health Alliance

844-406-2398 (TTY 711)
clearhealthalliance.com/member

DE CLEAR HEALTH ALLIANCE
MANUAL DEL MIEMBRO DE FLORIDA MEDICAID



844-406-2398 (TTY 711)
clearhealthalliance.com/member

“If you do not speak English, call us at 844-406-2398 or TTY at 711. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.”

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al 844-406-2398 (TTY 711). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 844-406-2398 (ATS 711). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 844-406-2398 (TTY 711) pou LTC, oswa TTY 711. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.”

Italian: “Se non parli inglese chiamaci al 844-406-2398 (TTY 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.”

Russian: «Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 844-406-2398 (TTY 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Vietnamese: “Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 844-406-2398 (TTY 711). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.”

Información de contacto importante

Línea de ayuda de Servicios para Miembros	1-844-406-2398	Disponible las 24 horas
Línea de ayuda TTY de Servicios para Miembros	711	Disponible las 24 horas
Sitio web	https://www.clearhealthalliance.com/member	
Dirección	11430 NW 20th Calle, STE 300 Miami, FL 33172	

Servicios de transporte No de emergencia	1-877-671-6671	
Beneficios de farmacia/ medicamentos recetados	1-833-235-2028 (TTY 711)	
Beneficios de farmacia especializada/medicamentos recetados	Farmacia especializada de CarelonRx 1-833-255-0646 (TTY 711)	
Cuidado de los ojos	iCare Health Solutions 1-855-418-1627	
Servicios de salud conductual	1-844-280-9633	
Manejo de condición médica crónica	Manejo de caso y enfermedades/ Coordinación de cuidado de CHA 1-855-459-1566	
Cuidado dental	Comuníquese directamente con su administrador de casos o al 1-844-406-2398 (TTY 711) si necesita ayuda para coordinar estos servicios.	
Para denunciar sospechas de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) TTY: 711 o 1-800-955-8771 https://www.myflfamilies.com/services/abuse/abuse-hotline/how-report-abuse	
Para elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 TTY: 711 o 1-800-955-8771 https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME	

Para denunciar fraude y/o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform/
Para presentar una queja acerca de un centro médico	1-888-419-3456 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	1-877-254-1055 1-239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar una queja acerca de servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para buscar información para adultos mayores	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) http://www.elderaffairs.org/doea
Para buscar información sobre violencia doméstica	1-800-799-SAFE (1-800-799-7233) TTY: 1-800-787-3224 http://www.thehotline.org/
Para buscar información sobre centros médicos en Florida	https://quality.healthfinder.fl.gov/
Para buscar información sobre atención de urgencia	Vaya a https://www.clearhealthalliance.com/member y use nuestra herramienta Find A Doctor (Encontrar un médico) para buscar un centro de atención de urgencia de la red cerca de usted. Si no tiene certeza de si necesita atención de urgencia, llame a su PCP. Este le dirá lo que debe hacer. O puede llamar a un enfermero para que lo asesore, de día o de noche, al 1-844-406-2396.
Para una emergencia	9-1-1 O vaya a la sala de emergencias más cercana

Tabla de contenido

Información de contacto importante	4
Le damos la bienvenida al Plan de Atención Administrada Estatal de Medicaid de Clear Health Alliance.	9
Sección 1: Su tarjeta de identificación (ID) del plan	10
Sección 2: Su privacidad	10
Sección 3: Cómo recibir ayuda de nuestro Servicios para Miembros	16
Cómo comunicarse con Servicios para Miembros	16
Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario normal	16
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	16
Sección 5: Cuando su información cambie	16
Sección 6: Cambios a su plan médico	17
Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid	17
Si pierde su elegibilidad para Medicaid	17
Si tiene Medicare	17
Si va a tener un bebé	17
Sección 8: Inscripción en nuestro plan	18
Inscripción inicial	18
Periodo de inscripción abierta	18
Inscripción en el programa de cuidado a largo plazo de SMMC	18
Sección 9: Abandonar nuestro plan (Cancelación de la inscripción)	20
Retiro de nuestro plan (cancelación de la inscripción involuntaria)	20
Sección 10: Manejo de su cuidado	21
Cambio de administrador de casos	21
Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos	21
Solicitud para poner sus servicios en espera	22
Sección 11: Acceso a servicios	22
Proveedores en nuestro plan	22
Proveedores que no están en nuestro plan	23
Cuándo pagamos por sus servicios dentales	23
¿Por cuáles cosas debo pagar?	23
Servicios para niños	23
Servicios cubiertos por el servicio de prestación de cargo por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de CHA	24
Objeciones morales o religiosas	24

Sección 12: Información útil acerca de sus beneficios	24
Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)	24
Elección de un PCP para su hijo.....	25
Atención de un especialista y referencias	25
Segundas opiniones	25
Atención de urgencia	26
Cuidado hospitalario	26
Atención de emergencia	26
Cómo surtir recetas.....	27
Información de la farmacia especializada.....	27
Información de la farmacia de pedido por correo	28
Servicios de salud conductual.....	28
Programa de recompensas para miembros.....	29
Programas de manejo de enfermedades crónicas.....	30
Programas de mejora de la calidad	31
Sección 13: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia	
médica administrada.....	37
Los beneficios de su plan: Beneficios ampliados.....	54
Los beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad	65
Sección 14: Costos compartidos para servicios.....	66
Sección 15: Información útil sobre el programa de Cuidado	
a largo plazo (LTC).....	66
Inicio de los servicios	66
Desarrollo de un plan de salud	67
Actualización de su plan de salud.....	68
Su plan de respaldo	68
Sección 16: Los beneficios de su plan: Servicios de cuidado a largo plazo.....	68
Opción de dirección del participante de cuidado a largo plazo (PDO)*	74
Los beneficios de su plan: Beneficios ampliados de LTC	74
Sección 17: Satisfacción de los miembros.....	75
Quejas, reclamos y apelaciones ante el plan.....	75
Apelación rápida ante el plan.....	77
Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid).....	77
Revisión por parte del Estado (para miembros de MediKids)	78
Continuación de beneficios para miembros de Medicaid	78

Sección 18: Sus derechos como miembro	78
Sección 19: Sus responsabilidades como miembro.....	80
Sección 20: Otra información importante	81
Responsabilidad del paciente para servicios de Cuidado a largo plazo (LTC) o para enfermos terminales	81
Protección de Proveedor de Cuidado Médico Indígena (IHCP).....	81
Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid.....	82
Abuso/negligencia/explotación de personas	82
Directivas anticipadas	83
Cómo obtener más información	83
Sección 21: Recursos adicionales.....	83
Floridahealthfinder.gov	83
Unidad de vivienda para adultos mayores	84
Información de MediKids	84
Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad	84
Programa independiente de apoyo al consumidor.....	84
Sección 22: Formularios.....	85
Aviso sobre no discriminación	85

Le damos la bienvenida al Plan de Atención Administrada Estatal de Medicaid de Clear Health Alliance.

Clear Health Alliance tiene un contrato con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de médicos a personas que tienen Medicaid. Este se llama el **Programa de Atención Administrada Estatal de Medicaid (SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de cuidados médicos para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Hay muchos tipos de servicios de Medicaid que usted puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un plan de **Asistencia Médica Administrada (MMA)**. Si usted es un anciano o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios de centro de enfermería y basados en el hogar y la comunidad en un plan de **Cuidado a largo plazo (LTC)**. Si usted tiene una determinada condición médica, como SIDA, puede recibir atención que esté diseñada para satisfacer sus necesidades en un plan de **Especialidad**.

Si su hijo está inscrito en el programa **MediKids** de Florida KidCare, la mayor parte de la información en este manual le aplica. La diremos si algo no aplica.

Si usted es participante del Programa Piloto para Discapacidad Intelectual del Desarrollo (IDD), la mayor parte de la información en este manual le aplica. La diremos si algo no aplica o si hay información que le aplica a los inscritos de IDD. [Vea la Adenda A].

Este manual será su guía para todos los servicios médicos a su disposición. Puede hacernos cualquier pregunta o recibir ayuda para hacer citas. Si necesita hablar con nosotros, solo tiene que llamarnos al 1-844-406-2398 (TTY 711).

Sección 1: Su tarjeta de identificación (ID) del plan

Debe haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información en su tarjeta está incorrecta. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya a una cita de cuidado médico o al hospital. Nunca le dé su tarjeta de identificación a nadie más para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos de modo que podamos darle una nueva tarjeta.

Su tarjeta de identificación se verá así:



Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información de salud, tal como su nombre, número de identificación del plan, raza, origen étnico y otras cosas que lo identifican. No compartiremos ninguna información de salud acerca de usted que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Nuestras políticas y protecciones a la privacidad son:

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información de salud, tal como su nombre, número de identificación del plan, raza, origen étnico y otras cosas que lo identifican. No compartiremos ninguna información de salud acerca de usted que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Nuestras políticas y protecciones a la privacidad son:

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003.

La fecha de revisión más reciente se muestra en el pie de página de este aviso.

Lea este aviso detenidamente. Este le dice:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI, segura para nuestros miembros. Eso significa que, si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su cuidado médico.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
 - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
 - Usamos programas para vigilar nuestros sistemas.
 - Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Creamos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

Cuándo está bien que utilicemos y compartamos su PHI

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted escoja que ayude o pague por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos utilizarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita

- **Para pago, operaciones médicas y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba (conocido como autorización previa o aprobación previa)
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como respaldarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podríamos obtener su PHI de fuentes públicas y podríamos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones médicas y tratamiento. Si no desea esto, visite <https://www.clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html> para obtener más información.
- **Para razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otras personas que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos informes de psicoterapia de su médico sobre usted.

Podría informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos la utilización o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, utilizar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias para la supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes

- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Sus derechos

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de toda su historia clínica, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos suya si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido al cuidado médico, pago, actividades diarias de cuidado médico o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

Qué tenemos que hacer

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual por motivos que tengan sentido, como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si debemos compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.

- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

Qué debe hacer si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-844-406-2398 (TTY 711)**.

Qué debe hacer si tiene una queja

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Miembros o contactarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted se queja.

Usted podría escribir o llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Ste. 16T70

61 Forsyth St. SW

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: 800-368-1019

TDD: 800-537-7697

Fax: 404-562-7881

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en una carta. También los publicaremos en el sitio web en <https://www.clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html>.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No utilizamos esta información para:

- Emitir seguro médico.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podríamos pedirle, utilizar y compartir información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud.
 - Hábitos.
 - Pasatiempos.
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podríamos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que utilicemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 844-406-2396 (TTY 711) para Florida Medicaid o al 877-440-3738 (TTY 711) para Cuidado a largo plazo de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Revisado en marzo de 2021

1020623FLMSPCHA BV 03/21

Sección 3: Cómo recibir ayuda de nuestro Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP para abreviar), averiguar si un servicio está cubierto, obtener referencias, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio que pudiese afectarlo a usted o a los beneficios de su familia.

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros

Podría llamarnos al 1-844-406-2398 o al TTY 711 de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m., pero no en los días feriados aprobados por el estado (como Navidad y el Día de Acción de Gracias). Al llamar, asegúrese de tener su tarjeta de identificación (tarjeta de ID) con usted para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación, o si se la roban, llame a Servicios para Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario normal

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711). Nuestros enfermeros están a su disposición para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si usted no habla inglés, podemos ayudar. Tenemos personas que nos ayudan a hablar en su idioma. Proporcionamos este servicio gratuitamente.

Para personas con discapacidades: Si usted utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene dificultades para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda extra. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para silla de ruedas o si tiene dispositivos para comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Este ayuda a las personas que tienen dificultades para escuchar o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y desles nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. Es 1-844-406-2398. Ellos lo conectarán con nosotros
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille
- Ayuda para hacer o llegar a citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios le son proporcionados gratuitamente.

Sección 5: Cuando su información cambie

Si alguna de su información personal cambia, infórmenos lo más pronto posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de cuidado médico.

El Departamento de Niños y Familias (DCF) necesita saber cuando su nombre, dirección, condado o número de teléfono también cambien. Llame al número gratuito del DCF al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5:30 p.m. También puede acceder en línea y hacer los cambios a su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (MyACCESS) en <https://myaccess.myflfamilies.com/>. Si recibe Ingreso de seguridad suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame a la línea gratuita de la SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. También podría contactar a su oficina local del Seguro Social o acceder en línea y hacer los cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Cambios a su plan médico

Si su plan médico experimenta un cambio significativo que le afecta a usted como inscrito, es responsabilidad del plan informarle (al inscrito) al menos 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigencia del cambio.

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

Usted debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que Simply pague sus servicios médicos y citas de cuidado médico. Esto se denomina tener **elegibilidad para Medicaid**. Si usted recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid al DCF.

A veces las situaciones en su vida podrían cambiar y estos cambios pueden afectar si usted aún puede tener Medicaid. Es muy importante asegurarse de que tiene Medicaid antes de ir a cualquier cita. Solo porque tiene una tarjeta de identificación del plan no significa que aún tiene Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta acerca de su Medicaid, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarle a chequear su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y la recupera dentro de 180 días, será inscrito nuevamente en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, siga usando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero dele también a su proveedor su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Si va a tener un bebé

Si tiene un bebé, él o ella estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que ya tuvo a su bebé y le ayudaremos a garantizar que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid inmediatamente.

Es útil informarnos que está embarazada **antes** de que su bebé nazca para garantizar que su bebé tenga Medicaid. Llame al número gratuito del DCF al 1-866-762-2237 mientras esté embarazada. Llámenos si necesita ayuda para hablar con el DCF. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día en que nace. Ellos le darán un número de Medicaid para su bebé. Díganos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Al ingresar por primera vez a nuestro plan, tiene 120 días para probarlo. Si por algún motivo no le gusta, puede inscribirse en otro plan de SMMC en la misma región. Una vez que hayan pasado esos 120 días, está inscrito en nuestro plan por el resto del año. Esto se denomina estar **bloqueado** a un plan. Todos los años que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un periodo de inscripción abierta.

Periodo de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días cuando puede cambiar su plan si lo desea. Esto se denomina **periodo de inscripción abierta**. El Agente de inscripción estatal le enviará una carta para decirle cuándo es su periodo de inscripción abierta.

No tiene que cambiar de plan durante su periodo de inscripción abierta. Si elige abandonar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su periodo de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, estará bloqueado hasta su próximo periodo de inscripción abierta. Puede llamar al Agente de inscripción al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Inscripción en el programa de cuidado a largo plazo de SMMC

El programa de Cuidado a largo plazo (LTC) de SMMC presta servicios de centro de enfermería y atención basada en el hogar y la comunidad para ancianos y adultos (de 18 años en adelante) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a quedarse en sus casas, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda para hacer compras; o supervisión.

Pagamos por servicios que sean prestados en el centro de enfermería. Si usted vive a tiempo completo en un centro de enfermería de Medicaid, probablemente ya usted está en el programa LTC. Si no sabe o no cree que está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarle.

El programa LTC también proporciona ayuda para personas que viven en su casa. Pero el espacio es limitado para estos servicios en casa, así que antes de que pueda recibir estos servicios, usted tiene que hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se conoce como revisión. Los Centros de Recursos para Envejecimiento y Discapacidad (ADRC) del Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores completan estas revisiones. Una vez que la revisión esté completa, los ADRC le avisarán sobre su colocación en lista de

espera o le darán una lista de recursos si usted no es colocado en la lista de espera. Si es colocado en la lista de espera y se abre un espacio para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación Integral y Revisión para Servicios de Cuidado a Largo Plazo (CARES) del Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que satisface otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Una vez inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo con los requisitos para el programa todos los años.

Puede encontrar el número de teléfono de su ADRC local usando el siguiente mapa. Ellos también pueden ayudar a responder cualquier otra pregunta que usted tenga sobre el programa LTC. Visite https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml para obtener más información.

AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRC)

<p>PSA 1</p> <p>Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc. 5090 Commerce Park Cir. Pensacola, FL 32505 (850) 494-7101 www.nwflaaa.org</p>	<p>PSA 6</p> <p>Senior Connection Center, Inc 8928 Brittany Way Tampa, FL 33619 (813) 740-3888 www.seniorconnectioncenter.org</p>
<p>PSA 2</p> <p>Advantage Aging Solutions 2414 Mahan Dr. Tallahassee, FL 32308 (850) 488-0055 www.aaanf.org</p>	<p>PSA 7</p> <p>Senior Resource Alliance 3319 Maguire Blvd., Ste. 100 Orlando, FL 32803 (407) 514-1832 www.seniorresourcealliance.org</p>
<p>PSA 3</p> <p>Elder Options 100 S.W. 75th St., Ste. 301 Gainesville, FL 32607 (352) 378-8649 www.agingresources.org</p>	<p>PSA 8</p> <p>Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc. 2830 Winkler Ave, Ste. 112 Fort Myers, FL 33916 (239) 652-8900 www.aaaswfl.org</p>
<p>PSA 4</p> <p>Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida 10688 Old St. Augustine Rd. Jacksonville, FL 32257 (904) 391-8600 www.myeldersource.org</p>	<p>PSA 9</p> <p>Area Agency on Aging of Palm Beach/Treasure Coast, Inc. 4400 N. Congress Ave. West Palm Beach, FL 33407 (561) 884-5885 www.youragingresourcecenter.org</p>
<p>PSA 5</p> <p>Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc. 9549 Koger Blvd., Gadsden Bldg., Ste. 100 St. Petersburg, FL 33702 (727) 570-9696 www.agingcarefl.org</p>	<p>PSA 10</p> <p>Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc. 5300 Hiatus Rd. Sunrise, FL 33351 (954) 745-9567 www.adrcbroward.org</p>
	<p>PSA 11</p> <p>Alliance for Aging, Inc. 780 N.W. 107th Ave., Ste. 214, 2nd Floor Miami, FL 33172 (305) 670-6500 www.allianceforaging.org</p>

Sección 9: Abandonar nuestro plan (Cancelación de la inscripción)

Abandonar un plan se denomina **cancelar la inscripción**. Según la ley, las personas no pueden abandonar o cambiar de plan mientras están bloqueadas excepto por motivos específicos. Si quiere abandonar nuestro plan mientras está bloqueado, llame al Agente de inscripción estatal para ver si se le permitiría cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocido como motivos de **Cancelación de la inscripción por causa justificada**¹):

- No cubrimos un servicio debido a motivos morales o religiosos
- Usted vive y recibe sus servicios de Cuidado a largo plazo en un centro de vida asistida, un hogar para cuidado familiar de adultos o un proveedor de centro de enfermería que estaba en nuestra red pero que ya no lo está.

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de reclamos y apelación²:

- Usted recibe una mala calidad del cuidado médico y la Agencia está de acuerdo con usted después de que hayan examinado sus expedientes médicos
- Usted no puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan
- Sus servicios fueron retrasados sin un motivo justificado

Si tiene alguna pregunta acerca de si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros al 1-844-406-2398 o al TTY 711 o al Agente de inscripción estatal al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Retiro de nuestro plan (cancelación de la inscripción involuntaria)

La Agencia puede retirarlo de nuestro plan (y a veces del programa SMMC en su totalidad) por determinados motivos. Esto se denomina **cancelación de la inscripción involuntaria**. Estos motivos incluyen:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid
- Se muda fuera del área donde operamos o fuera del Estado de Florida
- Utiliza incorrectamente su tarjeta de identificación del plan o deja que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan
- Falsifica o altera recetas

¹ Para ver la lista completa de motivos de Cancelación de la inscripción por causa justificada, consulte la Norma Administrativa de Florida 59G-8.600:
[https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED CARE&ID=59G-8.600](https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED+CARE&ID=59G-8.600)

² Para saber cómo se pide una apelación, vaya a la Sección 17, Satisfacción de los miembros, en la página 75.

- Usted o sus cuidadores se comportan de manera que se nos dificulta proporcionarle cuidado
- Está en el programa LTC y vive en un centro de vida asistida u hogar de cuidado familiar para adultos que no es como una casa y usted no se mudará a un centro que sea como una casa³

Si la Agencia lo retira de nuestro plan debido a que usted violó la ley o debido a su conducta, usted no puede regresar al programa SMMC.

Sección 10: Manejo de su cuidado

Si tiene una condición médica o enfermedad que requiera apoyo y coordinación adicional, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos le ayudará a obtener los servicios que usted necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para manejar su cuidado médico. Si le proporcionamos un administrador de casos y usted no quiere uno, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

Si usted está en el programa LTC, le asignaremos un administrador de casos. Debe tener un administrador de casos si está en el programa LTC. Su administrador de casos es la persona a la que debe acudir y es responsable por la **coordinación de su atención**. Esto significa que es la persona que le ayudará a averiguar cuáles servicios de LTC necesita y cómo obtenerlos.

Si usted tiene un problema con su atención, o algo en su vida cambia, infórmele a su administrador de casos y este le ayudará a decidir si sus servicios deben cambiar para darle un mejor apoyo.

Cambio de administrador de casos

Si quiere elegir un administrador de casos distinto, llame a Servicios para Miembros. Habrá ocasiones en que tendremos que cambiar su administrador de casos. Si tenemos que hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y tal vez lo llamemos.

Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos

Si algo en su vida cambia o si no le gusta un servicio o proveedor, dígaselo a su administrador de casos. Debe decirle a su administrador de casos si:

- No le gusta un servicio
- Tiene inquietudes acerca de un proveedor de servicios
- Sus servicios no están bien
- Recibe un nuevo seguro médico
- Va al hospital o a la sala de emergencias

³ Esto es solo para inscritos del programa de Cuidado a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de su centro con este requisito federal, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos.

- Su cuidador ya no le puede ayudar
- Su situación de vivienda cambia
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambia

Solicitud para poner sus servicios en espera

Si algo en su vida cambia y necesita suspender su(s) servicio(s) por un tiempo, dígaselo a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que llene y firme un Formulario de consentimiento para suspensión voluntaria para poner su(s) servicio(s) en espera.

Sección 11: Acceso a servicios

Antes de que reciba un servicio o vaya a una cita de cuidado médico, tenemos que asegurarnos de que usted necesita el servicio y que es médicamente correcto para usted. Esto se llama **autorización previa**. Para hacerlo, examinamos su historial médico y la información de su médico u otros proveedores de cuidados médicos. Entonces decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Usamos normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores en nuestro plan

Para la mayor parte, usted debe utilizar médicos, hospitales y otros proveedores de cuidados médicos que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros médicos y otros proveedores de cuidados médicos con los que trabajamos. Puede elegir de cualquier proveedor en nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor de cuidados médicos que no esté en nuestra red, tal vez tenga que pagar por esa cita o ese servicio.

En nuestro directorio de proveedores, encontrará una lista de proveedores que están en nuestra red. Si quiere una copia del directorio de proveedores, llame al 1-844-406-2398 o al TTY 711 para obtener una copia o visite nuestro sitio web en <https://www.clearhealthalliance.com/member>.

Si usted está en el programa LTC, su administrador de casos es la persona que le ayudará a elegir un proveedor de servicios que esté en nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez elija un proveedor de servicios, este se pondrá en contacto con usted para comenzar a atenderlo. Así es como se **aprueban** los servicios en el programa LTC. Su administrador de casos trabajará con usted, su familia, sus cuidadores, sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que sus servicios de LTC funcionen con su cuidado médico y otras partes de su vida.

Proveedores que no están en nuestro plan

Hay algunos servicios que tal vez pueda recibir de proveedores que no estén en nuestra red de proveedores. Estos servicios son:

- Servicios y suministros para planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para mujeres, tales como examen de mamas, pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y atención prenatal
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Atención de emergencia

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestra red. Recuerde chequear primero con nosotros antes de usar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cuándo pagamos por sus servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero algunos podrían estar cubiertos por CHA. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-406-2398 o al TTY 711 si necesita ayuda para coordinar estos servicios.

¿Por cuáles cosas debo pagar?

Tal vez deba pagar por citas o servicios que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es un servicio que debemos prestarle en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde, solo porque un servicio está cubierto, no significa que usted lo necesitará. Tal vez deba pagar por servicios si no los aprobamos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Le ayudaremos.

Servicios para niños⁴

Debemos prestar todos los servicios médicamente necesarios para nuestros miembros de 0 a 20 años. Esta es la ley. Esto es cierto incluso si no cubrimos un servicio o si el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- No tienen límites de pago, o
- No tienen límites de tiempo, como límites horarios o diarios

Su proveedor tal vez necesite pedirnos aprobación antes de prestarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros si quiere saber cómo pedir estos servicios.

⁴ También conocidos como “Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento” o requisitos de “EPSDT”.

Servicios cubiertos por el servicio de prestación de cargo por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de CHA

El programa de cargo por servicios de Medicaid es responsable por cubrir los siguientes servicios, en lugar de que CHA los cubra:

Programa de emparejamiento certificado del Departamento de Salud del Condado (CHD)

Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para presupuestación de personas con discapacidades del desarrollo (iBudget)

Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para disautonomía familiar (FD)

Medicamentos relacionados con el factor hemofílico

Servicios de centro de cuidado intermedio para personas con incapacidades intelectuales (ICF/IID)

Programa de emparejamiento escolar certificado de Medicaid (MCSM)

Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad modelo

Servicios de audición para recién nacidos

Atención pediátrica ampliada recetada

Programa de emparejamiento del condado para abuso de sustancias

La página web de esta Agencia brinda detalles sobre cada uno de los servicios enumerados arriba y cómo acceder a estos servicios:

http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio debido a un motivo religioso o moral, le diremos que ese servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al Agente de inscripción estatal al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970). El Agente de inscripción le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

Sección 12: Información útil acerca de sus beneficios

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Si tiene Medicare, comuníquese con el número que está en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su PCP.

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscribe en nuestro plan es elegir un PCP. Este puede ser un médico, enfermero especializado o asistente médico. Usted se comunicará con su PCP para hacer una cita para servicios tales como chequeos regulares, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a recibir cuidado de otros proveedores o especialistas. Esto se llama **referencia**. Puede elegir su PCP llamando a Servicios para Miembros.

Puede elegir un PCP distinto para cada familiar o puede elegir un PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, asignaremos un PCP para usted y su familia.

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros.

Elección de un PCP para su hijo

Puede escoger un PCP para su bebé antes de que este nazca. Podemos ayudarle con esto llamando a Servicios para Miembros. Si no escoge un PCP para el momento del nacimiento de su bebé, escogeremos uno por usted. Si quiere cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que seleccione un PCP para su hijo con el fin de asegurarse de que este recibe sus controles médicos pediátricos cada año. Los controles médicos pediátricos son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son chequeos médicos regulares que le ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber lo que está sucediendo con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir vacunas en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo saludable.⁵

Puede llevar a su hijo a un pediatra, un proveedor de medicina familiar u otro proveedor de cuidados médicos.

No necesita una referencia para los controles médicos pediátricos. Además, estos controles médicos pediátricos no tienen costo.

Atención de un especialista y referencias

A veces, usted tal vez tenga que ver a un proveedor distinto a su PCP para problemas médicos como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Primero debe conversarlo con su PCP. Su PCP lo referirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área del cuidado médico.

Si usted tiene un administrador de casos, asegúrese de decirle sobre sus **referencias**. El administrador de casos trabajará con el especialista para darle atención.

Segundas opiniones

Usted tiene derecho a recibir una **segunda opinión** acerca de su atención. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver qué tiene que decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto podría ayudarle a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. No hay costo para que usted reciba una segunda opinión.

Su PCP, administrador de casos o Servicios para Miembros puede ayudarle a encontrar un proveedor para darle una segunda opinión. Puede escoger cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, debemos aprobarla antes de que lo vea.

⁵ Para obtener más información sobre las pruebas de detección y las evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las “Recomendaciones para cuidado médico preventivo pediátrico – Programa de periodicidad” en [Periodicity Schedule \(aap.org\)](http://www.aap.org/PeriodicitySchedule).

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia se necesita cuando usted tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada dentro de 48 horas. Por lo general, su salud o su vida no están en peligro, pero usted no puede esperar a ver a su PCP, o es después de que el consultorio de su PCP haya cerrado.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711). Hay enfermeros a su disposición para responder sus preguntas sobre salud a cualquier hora, de día o de noche.

También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano a usted llamándonos.

Podemos ayudarle a encontrar un centro que le quede cerca. O vea el directorio de proveedores en línea en <https://www.clearhealthalliance.com/member>. Seleccione Find A Doctor (Encontrar un médico) y busque centros de atención de urgencia.

Cuidado hospitalario

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o una estadía de noche, su PCP la programará. Debemos aprobar servicios en el hospital antes de que usted vaya, excepto por emergencias. No pagaremos por servicios hospitalarios a menos que los aprobemos por anticipado o que sea una emergencia.

Si usted tiene un administrador de casos, este trabajará con usted y su proveedor para poner servicios en práctica cuando se vaya a la casa desde el hospital.

Atención de emergencia

Usted tiene una condición médica de **emergencia** cuando está tan enfermo o herido que su vida o su salud están en peligro si no recibe ayuda médica inmediatamente. Algunos ejemplos son:

- Fracturas de huesos
- Sangrado que no se detiene
- Está embarazada, en trabajo de parto y/o con sangrado
- Dificultad para respirar
- De pronto no puede ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos que usted recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios tratan de mantenerlo con vida o evitar que su condición empeore. Por lo general, se prestan en una sala de emergencias.

Si su condición es grave, llame al 911 o vaya inmediatamente al centro de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no tiene certeza de si es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le dirá lo que debe hacer.

El hospital o centro no tiene que ser parte de nuestra red de proveedores o estar en nuestra área de servicio. Usted tampoco necesita obtener aprobación por anticipado para recibir atención de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su condición.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de casa, obtenga el cuidado médico que necesita. Asegúrese de decirle a Servicios para Miembros cuando pueda e infórmenos.

Cómo surtir recetas

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos recetados. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se conoce como nuestra **Lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro Sitio web en <https://www.clearhealthalliance.com/member> o llamando a Servicios para Miembros.

Cubrimos medicamentos de **marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero a menudo son más baratos que los medicamentos de marca. Funcionan igual. A veces, tal vez debamos aprobar la utilización de un medicamento de marca antes de que le surtan su receta.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede surtir su receta en cualquier farmacia que esté en nuestra red de proveedores. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando, pero le informaremos si algo cambia.

Información de la farmacia especializada

Algunos medicamentos especializados requieren manejo especial y tal vez las droguerías locales no los tienen en inventario. CHA se asocia con la Farmacia especializada de CarelonRx como la farmacia preferida para proporcionarle sus medicamentos especializados. La Farmacia especializada de CarelonRx tiene la experiencia para manejar su(s) medicamento(s) especializado(s), además de:

- Farmacéuticos y enfermeros para responder sus preguntas.
- Entrega segura, a tiempo y gratuita directamente a su casa de lunes a viernes a la hora que le sea más conveniente.
- Otras opciones de entrega, tales como a su oficina, al consultorio del proveedor o a una CVS Pharmacy local.
- Empaques especiales con control de temperatura si sus medicamentos lo requieren.
- Llamadas de recordatorio cuando sea hora de reponer sus medicamentos.
- La capacidad de permitirle reponer sus medicamentos en línea. Solo tiene que iniciar sesión en su cuenta en <https://www.clearhealthalliance.com/member> o llamar a Servicios de Farmacia para Miembros las 24 horas, los 7 días de la semana al 833-235-2028 para recibir ayuda.

- Agujas y jeringas enviadas automáticamente si las necesita para tomar sus medicamentos.
- Ayuda para rastrear información acerca de los medicamentos que usted toma para verificar que sea seguro tomarlos juntos.

Usted o su proveedor puede llamar a la Farmacia especializada de CarelonRx al 833-255-0646 (TTY 711). Su proveedor también puede enviar su receta por fax al 833-263-2871 o enviar recetas de manera electrónica.

La Farmacia especializada de CarelonRx es nuestra farmacia especializada preferida. Usted no tiene que usar la Farmacia especializada de CarelonRx. Puede ir a cualquier farmacia de la red de CHA para conseguir sus medicamentos especializados. Encuentre una farmacia en línea en <https://www.clearhealthalliance.com/member>. Vaya a la página Find A Doctor (Encontrar un médico) y consulte el directorio de proveedores o elija Search now (Buscar ahora) para buscar una farmacia local. O puede llamar a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar una que le quede cerca.

Información de la farmacia de pedido por correo

CHA se asocia con la Farmacia de pedido por correo de CarelonRx para brindarle una entrega a domicilio gratuita y segura de sus medicamentos recetados de tratamiento a largo plazo que usted podría surtir en una farmacia minorista local.

Su proveedor puede enviarle su receta a la Farmacia de pedido por correo de CarelonRx en una de estas formas:

- Por fax al 800-378-0323.
- Por teléfono llamando al 833-203-1742.
- Por medio de envío electrónico.

Usted puede solicitar reposiciones de sus medicamentos de pedido por correo llamando a Servicios de Farmacia para Miembros las 24 horas, los 7 días de la semana al 833-214-3607, iniciando sesión en su cuenta en <https://www.clearhealthalliance.com/member> o utilizando el formulario de reposición en el sitio web.

Servicios de salud conductual

Hay ocasiones en que tal vez necesite hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si está experimentando alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre se siente triste
- No quiere hacer las cosas que disfrutaba hacer
- Se siente inútil
- Tiene problemas para dormir
- No tiene ganas de comer
- Abuso de alcohol o drogas
- Problemas en su matrimonio
- Inquietudes de crianza de los hijos

Cubrimos muchos tipos distintos de servicios de salud conductual que pueden ayudar con problemas que tal vez esté enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para una cita. Puede recibir ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual:

- Llamando a Servicios para Miembros de CHA al 1-844-406-2398 o llamando a Servicios de salud conductual al 1-844-375-7215.
- Buscando en nuestro directorio de proveedores.
- Accediendo a nuestro sitio web en <https://www.clearhealthalliance.com/member>.

Alguna persona está a su disposición para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una referencia de su PCP para obtener servicios de salud conductual.

Si está pensando en lastimarse o lastimar a otra persona, llame al 911. También puede ir a la sala de emergencias o centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si está fuera de nuestra área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP si puede. Dé seguimiento con su proveedor dentro de 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para transferirlo a un hospital o proveedor que esté en la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programa de recompensas para miembros

Ofrecemos programas para ayudar a mantenerlo sano y llevar una vida más saludable (como bajar de peso o dejar de fumar). Los denominamos **programas de conductas saludables**. Usted puede ganar recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

Programa Recompensas Saludables por Conductas Saludables (Healthy Rewards Healthy Behaviors)

Lo apoyaremos y recompensaremos por tomar pasos para estar y mantenerse saludable a través de nuestros programas Recompensas Saudables por Conductas Saludables. Ofrecemos estos programas a nuestros miembros que quieren dejar de fumar, manejar su peso, abordar cualquier problema de abuso, tener un bebé o mantener a sus hijos saludables.

Podemos ayudar a los miembros a planear y establecer metas para estos temas:

- Abuso de alcohol y sustancias: ayuda y apoyo a través de telesalud y/o visitas en persona
- Servicios para dejar de fumar: ayuda y apoyo a través de orientación y participación en grupos comunitarios
- Manejo del peso: ayuda y apoyo de su proveedor para tomar buenas decisiones sobre ejercicios y alimentación

- Maternidad: ayuda y apoyo de su médico y administrador de casos para tener un embarazo saludable y un bebé saludable
- Controles médicos pediátricos: ayuda y apoyo de los médicos del niño para mantener una buena salud
- Asma: ayuda y apoyo para mantener la adherencia al tratamiento y controlar el asma infantil
- VIH: ayuda y apoyo para mantener la adherencia al tratamiento y lograr la supresión de la carga viral

Hay programas aparte bajo cada tema en los que puede ingresar con distintas metas a alcanzar. A través de cada programa, obtendrá consejos, ayuda y apoyo de su proveedor y su administrador de casos. Al ingresar y alcanzar las metas de un programa en un plazo de 12 meses, recibirá una tarjeta de regalo de recompensa.

Su médico o un administrador de casos puede referirlo a uno o más de estos programas. Usted también puede autorreferirse. Para ingresar a un programa, usted deberá llenar el formulario de inscripción de cada programa en el que está interesado en ingresar. Puede encontrar descripciones completas de cada programa Recompensas Saludables por Conductas Saludables, junto con los formularios de inscripción y del programa en el sitio web para miembros, <https://www.clearhealthalliance.com/member>. También puede inscribirse iniciando sesión en su Centro de recompensas de beneficios en <https://www.clearhealthalliance.com/member>. Desde ahí, puede visitar el portal de Healthy Rewards Healthy Behaviors.

Si quiere saber más, envíe un correo electrónico a HealthyBehaviors@elevancehealth.com o llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que no se pueden transferir las recompensas. Si abandona nuestro Plan por más de 180 días, tal vez no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o quiere unirse a cualquiera de estos programas, llámenos al 1-844-406-2398.

Programas de manejo de enfermedades crónicas

Tenemos programas especiales disponibles que le ayudarán si tiene una de estas condiciones.

Cáncer y prevención del cáncer

Diabetes y prevención de la diabetes

Depresión y prevención de la depresión (incluyendo prevención del suicidio)

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y prevención del VIH

Hipertensión

Enfermedad renal en etapa terminal

Programas de mejora de la calidad

Queremos que reciba cuidado médico de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar el cuidado que usted recibe. Los programas son:

Programa CARES

El programa CARES de CHA es un programa de administración de casos de salud conductual basado en el campo para miembros con trastornos de salud conductual y abuso de sustancias. Queremos asegurarnos de que usted esté recibiendo el cuidado y el apoyo que necesita si no podemos comunicarnos con usted por teléfono. En este programa, usted recibe ayuda en persona de un administrador de casos con situaciones como asegurarse de que está tomando sus medicamentos y recibiendo cuidado de seguimiento. Esto garantiza que usted reciba el tratamiento, el bienestar y los servicios de recuperación que necesita para apoyar su plan de salud. Para preguntas sobre el programa, hable con su administrador de casos de salud conductual o llame a Servicios para Miembros.

Programa Rising Star (Estrella Naciente)

Algunos días son mejores que otros cuando usted tiene una condición de salud conductual. Como miembro del programa Rising Star (Estrella naciente), usted puede recibir atención personalizada de un equipo de personas que lo conoce a usted y conoce su historial y pueden ayudarle. Este equipo incluye un hospital principal, un psiquiatra y un administrador de casos de salud conductual de CHA. Su administrador de casos trabaja con usted, su hospital principal, su psiquiatra y su farmacéutico en un plan para que usted esté y se mantenga saludable. Si califica, puede elegir participar en el programa; no es requerido.

Para preguntas sobre el programa, hable con su administrador de casos de salud conductual o llame a Servicios para Miembros.

Programas para niños

Ofrecemos programas para ayudarle a recibir la atención que necesita para su hijo. Hay clínicas escolares abiertas en ubicaciones selectas para facilitarle el recibir servicios médicos para su hijo. Los niños de hasta 5 años son referidos al programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Florida para que los ayuden a satisfacer sus necesidades nutricionales.

Si su hijo está atrasado en los controles médicos pediátricos y vacunas, tal vez reciba una llamada telefónica o una carta para recordarle que programe una visita. Si necesita ayuda para hacer una visita o conseguir un traslado a la visita, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudar.

Violencia doméstica

La violencia doméstica es abuso. El abuso no es saludable ni seguro. Nunca está bien que alguien lo lastime o lo asuste. La violencia doméstica ocasiona perjuicios y daños a propósito. La violencia doméstica en casa puede afectarlo a usted y a su familia. Si cree que es víctima de abuso, dígaselo a su médico o a su administrador de casos. Podemos ayudarle. También ofrecemos visitas a domicilio a través del programa Healthy Start (Comienzo Saludable) para madres embarazadas que podrían tener temor de estar en casa o que estén enfrentando violencia doméstica.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si lo hieren, llame a su PCP. Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia.
- Tenga un plan sobre cómo puede llegar a un lugar seguro, como un refugio para mujeres o la casa de un amigo o pariente.
- Empaque una bolsa pequeña y déselo a una amiga para que la guarde hasta que usted la necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a:

- Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-406-2396 o TTY al 711; siga las indicaciones de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.
- Línea directa nacional de violencia doméstica al 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).
- Línea directa contra el abuso al 800-96-ABUSE.

Prevención del embarazo

CHA brinda varias herramientas para ayudar a las miembros a dar pasos importantes para mantenerse saludables. Esto es ya sea si está pensando en tener un bebé, intentar tener un bebé o si aún no está lista para tener un bebé. Usted tiene acceso a muchos materiales sobre salud reproductiva y bienestar que hablan acerca de métodos anticonceptivos y planificación familiar. Si desea información sobre planificación familiar, hable con su médico, visite el departamento de salud de su condado o llame a Servicios para Miembros.

Programas relacionados con el embarazo

Si está embarazada o intentando embarazarse, CHA brinda información sobre cómo prepararse y cómo mantenerse saludable a lo largo de su embarazo. Puede obtener información acerca de salud antes de la concepción, la importancia de la atención prenatal, el cuidado de posparto, el espaciamiento entre nacimientos y temas de salud críticos. Si está embarazada, recibirá una llamada que le hace preguntas importantes sobre su salud y su embarazo. Es importante que responda estas preguntas de modo que CHA pueda ayudarle y ajustar un programa especialmente para usted. Recibirá llamadas que le dicen lo que debe esperar en cada etapa de su embarazo. También

recibirá recordatorios sobre visitas prenatales, visitas posparto, controles médicos pediátricos y más. CHA tiene administradores de casos que se especializan en el embarazo y están a su disposición.

Programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de Mí y de Mi Bebé)

Nuestro programa para todas las miembros embarazadas se denomina Taking Care of Baby and Me (Cuidando de Mí y de Mi Bebé). Es muy importante que acuda a su proveedor de atención primaria (PCP) o ginecólogo obstetra (OB/GYN) para recibir cuidado cuando esté embarazada.

Esta clase de cuidado se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal es importante cada vez que esté embarazada. Con nuestro programa, las miembros tienen acceso a información de salud y tal vez reciban incentivos por acudir a sus citas. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud e incentivos por recibir atención prenatal y de posparto (después de dar a luz). Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complejas de cuidado médico. Enfermeros administradores de casos trabajan conjuntamente con estas miembros para brindar:

- Educación
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico

Información sobre servicios y recursos en su comunidad, tal como el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); lactancia materna y consejería.

Nuestros enfermeros también trabajan con los médicos y ayudan con otros servicios que podrían necesitar las miembros. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Servicios de doula

Las miembros embarazadas y las nuevas madres pueden beneficiarse de apoyo físico, emocional y educativo de parte de una doula antes, durante y después de dar a luz. Una doula, denominada también entrenadora de parto, acompañante de parto, sustentadora posterior al parto, puede ayudar a las miembros embarazadas y a las miembros que son mamás primerizas a:

Conectarse con recursos comunitarios como:

- WIC
- Healthy Start (Comienzo Saludable)
- Bancos de pañales
- Despensas de alimentos
- Sentir que las escuchan y escuchan sus necesidades.
- Tomar decisiones informadas a través de educación.

- Crear su plan de parto.
- Apoyar su experiencia de parto.
- Reducir:
 - Su probabilidad de un parto por cesárea.
 - La duración del trabajo de parto.
 - La necesidad de medicamentos para el dolor.
 - Las probabilidades de un parto prematuro.
 - Mejorar su éxito con la lactancia materna.
 - Tener un cambio más fácil hacia la maternidad.

My Advocate®: atención de calidad para usted y su bebé

En CHA, queremos darle el mejor cuidado posible durante su embarazo. Es por eso que la invitamos a inscribirse en My Advocate, el cual es parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me (Cuidando de Mí y de Mi Bebé). My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante su embarazo. My Advocate ofrece educación sobre salud materna por teléfono, la web y aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Si elige la versión telefónica, conocerá a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responde a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. Puede contar con:

- Educación que puede usar.
- Comunicación con su administrador de casos basada en mensajería de My Advocate si tiene preguntas o problemas.
- Un programa fácil de comunicaciones.
- Sin costo para usted.

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Habrá una llamada importante de examen médico de diagnóstico seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas. Si nos dice que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de casos en 1 a 2 días hábiles.

- Los temas de My Advocate incluyen:
 - Embarazo
 - Cuidado de posparto
 - Controles médicos pediátricos

Si cree que está embarazada:

Llame a su PCP o proveedor ginecólogo obstetra de inmediato. Si no tiene un ginecólogo obstetra, podemos ayudarla a encontrar uno en la red de CHA. No necesita una referencia de su PCP para ver a un ginecólogo obstetra. Su ginecólogo obstetra debe verla en un plazo de dos semanas.

Cuando se entere de que está embarazada:

Llame a Servicios para Miembros y a su asistente social del Departamento de Niños y Familias (DCF).

Esto ayudará a que su bebé reciba beneficios de cuidado médico de CHA cuando nazca. Usted deberá elegir un PCP para su bebé en su último trimestre. Si no elige uno durante este tiempo, le elegiremos uno.

Visite nuestra página de Embarazo y salud de la mujer (Pregnancy and Women's Health) en <https://www.clearhealthalliance.com/member> para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse sana usted y a su bebé. Si le gustaría recibir información por correo sobre el embarazo, llame a Servicios para Miembros.

Mientras está embarazada:

Necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa WIC si califica para Medicaid. Llame a Servicios para Miembros para saber el programa WIC que le quede más cerca.

Debe visitar a su PCP o ginecólogo obstetra a menudo. Su PCP o ginecólogo obstetra y su paquete de educación para el embarazo le dirán la frecuencia.

Cuando tenga a un nuevo bebé:

Usted y su bebé pueden tener que quedarse en el hospital por lo menos 48 horas después de un parto vaginal o 72 horas después de una cesárea. Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un personal de enfermería la vea en casa en 48 horas.

CHA paga por circuncisiones electivas para miembros recién nacidos hasta los 28 días de nacido. La circuncisión será un beneficio único de por vida.

Después de tener a su bebé:

Debe llamar a Servicios para Miembros de CHA para informarle a su administrador de cuidados médicos que usted tuvo su bebé. Necesitaremos detalles sobre su bebé. Podemos ayudarle a escoger un PCP para su bebé si aún no escogido uno antes de que naciera.

Debe llamar a su asistente social del DCF. Si no desea que el bebé se convierta en miembro, debe llamar a un Agente de inscripción al número gratuito 877-711-3662 (TTY 866-467-4970) para escoger un plan médico distinto para el bebé.

Aún recibirá llamadas de promoción de la salud mientras esté inscrita en el programa por hasta 12 semanas si se inscribió en My Advocate durante su embarazo.

Programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra para hacerse un chequeo posparto. Esto es muy importante para garantizar que esté sanando bien. Esta visita debe tener lugar entre 7 a 84 días después del parto.

Si dio a luz por cesárea, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que regrese para un chequeo a las dos semanas después de la cirugía. Esto no se considera un chequeo de posparto. Aún deberá regresar y ver a su proveedor en un plazo de 7 a 84 días después del parto para su chequeo de posparto.

Si necesita ayuda para hacer sus citas para sus visitas prenatales o posparto o si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudar.

Servicios de Healthy Start (Comienzo Saludable)

CHA se asocia con la Healthy Start Coalition para asegurarse de que tenga un embarazo saludable y un bebé saludable. Healthy Start (Comienzo Saludable) ofrece clases sobre:

- Cómo tener un embarazo saludable
- Comer bien mientras está embarazada
- Cómo dejar de fumar
- Lactancia materna
- Cómo cuidar a su bebé
- Planificación familiar
- Parto
- Cómo ser padres

Para encontrar servicios de Healthy Start (Comienzo Saludable) cerca de usted, llame a Servicios para Miembros o visite healthystartflorida.com/about-us/coalition-map.

Evaluación y consejería nutricional

Las miembros que están embarazadas, en lactancia materna o que están posparto y los niños desde el nacimiento hasta los 5 años pueden recibir una evaluación nutricional, consejería y referencias al programa WIC de Florida. Su médico evaluará sus hábitos de alimentación, la educará sobre alternativas a la leche materna y le dará consejería dietética personalizada y un plan de salud de nutrición. Usted debe recibir una copia de las referencias a WIC que hace su médico.

CHA también proporciona un programa de Diabetes gestacional para mujeres que han recibido un diagnóstico de diabetes gestacional y tal vez necesiten más apoyo para comer correctamente.

Su administrador de casos puede ayudarle con estos servicios. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir materiales de educación sobre salud sobre estos temas.

También tiene derecho a contarnos sobre cambios que piensa que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para Miembros. También tiene derecho a contarnos sobre cambios que piensa que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para Miembros.

Sección 13: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada

El cuadro a continuación enumera los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Recuerde, tal vez necesite una referencia de su PCP o aprobación nuestra antes de ir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos⁶.

Puede haber algunos servicios que no cubramos, pero que podrían estar aún cubiertos por Medicaid. Hay algunos servicios que su Estado ha determinado que son médicamente apropiados y que pueden prestarse en lugar de un servicio o entorno cubierto por el plan estatal. Estos se denominan “Servicios sustitutos (ILOS)”. Para averiguar sobre estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al 1-877-254-1055. Si necesita un traslado a cualquiera de estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar al 1-844-406-2398 (TTY 711) para programar un traslado.

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le avisaremos por escrito por lo menos 30 días antes de la fecha en que se dé el cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquier de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para Miembros.

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Adicciones que reciben servicios prestados en un centro	Servicios usados para ayudar a las personas que están enfrentando una adicción a drogas o alcohol	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios para alergias	Servicios para tratar condiciones como estornudar o erupciones que no son producidas por una enfermedad	Cubrimos pruebas de alergia en sangre o la piel médicamente necesarias y hasta 156 dosis por año de inyecciones para las alergias	No requerida

⁶ Puede encontrar la definición de Necesidad médica en <https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-general-policies>.

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando necesite atención de emergencia mientras lo transportan al hospital o apoyo especial cuando lo transporten entre centros	Cubiertos según sean médicamente necesarios.	Requerida para servicios de transporte para situaciones que no sean emergencias
Servicios de desintoxicación ambulatorios	Servicios prestados para personas que están dejando de usar drogas o alcohol	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos que son realizados en un centro que no sea el hospital (ambulatorio)	Cubiertos según sean médicamente necesarios.	Puede requerirse
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante cirugías u otros procedimientos médicos	Cubiertos según sean médicamente necesarios.	Puede requerirse
Servicios de cuidado asistido	Servicios prestados para ayudar a adultos (de 18 años en adelante) con actividades de la vida diaria y tomar medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, como médicamente necesarios.	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Análisis conductual (BA)	Intervenciones, estrategias y enfoques estructurados para reducir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar las conductas adecuadas.	Cubrimos receptores menores de 21 años que requieren servicios médicamente necesarios.	No requerida
Servicios de evaluación de la salud conductual	Servicios usados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación por año - Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día) 	No requerida
Servicios superpuestos de salud conductual	Servicios de salud conductual prestados a niños (0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios por año, incluyendo terapia, servicios de apoyo y planificación después de la atención	Requerida
Servicios de salud conductual – Bienestar infantil	Un programa especial de salud mental para niños inscritos en un programa del DCF	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No requerida
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente según sea recetado por su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas cardiacas - Procedimientos quirúrgicos cardiacos - Dispositivos cardiacos 	Se puede requerir para pruebas cardiacas y procedimientos quirúrgicos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Administración de casos dirigida de servicios de salud para niños	Servicios prestados a niños (0 a 3 años) para ayudarlos a recibir cuidado médico y otros servicios O Servicios prestados a niños (0 a 20 años) que utilizan servicios de tutela temporal médica	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps (Primeros pasos) del DOH O Su hijo debe estar recibiendo servicios de tutela temporal médica	Requerida
Servicios de quiropráctica	Diagnóstico y tratamiento manipulador de desajustes de las articulaciones, particularmente la columna vertebral, lo que puede causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: - 24 visitas del paciente por año, por miembro - Radiografías	No requerida
Servicios clínicos	Servicios médicos prestados en un departamento de salud del condado, centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural		No requerida
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios prestados por un equipo de salud mental a niños que están en riesgo de ir a un centro de tratamiento de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de la unidad de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que son realizados en un centro que no es un hospital regular	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No requerida
Servicios de diálisis	Cuidado médico, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones	Cubrimos lo siguiente según sea recetado por su médico tratante, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal 	No requerida
Servicios de centro de acogida	Servicios prestados en un centro que ayuda a los indigentes a obtener tratamiento o vivienda	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Equipo médico duradero y servicios de suministros médicos	El equipo médico es usado para manejar y tratar una condición, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se usa una y otra vez e incluye cosas como sillas de ruedas, férulas, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos diseñados para un solo uso y luego son descartados.	Según sean médicamente necesarios, aplican algunos límites de servicio y edad. Llame al 1-844-406-2396 (TTY 711) para más información.	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos del desarrollo y otras condiciones	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial de por vida, completada por un equipo - Hasta 3 exámenes médicos por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana 	No requerida
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias terrestres o aéreas (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital debido a una emergencia	Cubiertos según sean médicamente necesarios.	Requerida para ambulancias aéreas
Servicios de evaluación y manejo	Servicios para visitas al médico para mantenerse saludable y prevenir o tratar enfermedades	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Un examen médico de diagnóstico (chequeo) para adulto por año - Los controles médicos pediátricos se proporcionan con base en la edad y las necesidades del desarrollo - Una visita por mes para personas que viven en centros de enfermería - Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para tratar enfermedades o condiciones 	No requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: - Hasta 26 horas por año	No requerida
Entrenamiento y consejería familiar para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de salud mental de su hijo	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar condiciones, dolencias o enfermedades del estómago o el sistema digestivo	Cubrimos: - Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar condiciones, dolencias o enfermedades de los genitales o el sistema urinario	Cubrimos: - Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios de terapia de grupo	Servicios para que un grupo de personas tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: - Hasta 39 horas por año	No requerida
Servicios de audición	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas con su audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos pruebas de audición y lo siguiente según sea recetado por su médico, cuando sea médicamente necesario: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años - Reparaciones	Requerida para implantes cocleares y audífonos fijados al hueso

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica prestados en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una condición médica, enfermedad o lesión	Cubrimos, cuando sean médicamente necesarias: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 4 visitas por día para receptoras embarazadas y receptores de 0 a 20 años - Hasta 3 visitas por día para todos los otros receptores 	Requerida
Servicios para enfermos terminales	Servicios de cuidado médico, tratamiento y apoyo emocional para personas que tienen enfermedades terminales o que están al final de sus vidas para ayudar a mantenerlas cómodas y sin dolor. También hay disponibles servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia en persona con un profesional de salud mental	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas por año 	No requerida
Servicios de pruebas anteriores y posteriores de salud mental para bebés	Servicios de pruebas por parte de un profesional de salud mental con entrenamiento especial en bebés y niños pequeños	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cuidado médico que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se use para tratarlo	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados con base en la edad y situación, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 365/366 días para receptores de 0 a 20 años - Hasta 45 días para todos los otros receptores (se cubren días adicionales para emergencias) 	Requerida para admisiones como paciente hospitalizado electivas
Servicios integumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, dolencias o enfermedades de la piel	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requiere una referencia de su PCP
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan la sangre, orina, saliva y otros elementos del cuerpo para ver si hay condiciones, dolencias o enfermedades	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida para estudios genéticos
Servicios de tutela temporal médica	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de tutela temporal	Debe estar bajo custodia del Departamento de Niños y Familias	Requerida
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios usados para ayudar a las personas que están enfrentando una adicción a drogas	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a entender y tomar las mejores decisiones para tomar medicamentos	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios del programa de hospitalización parcial para salud mental	Tratamiento proporcionado por más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de enfermedad mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Administración de casos dirigida de salud mental	Servicios para ayudar a recibir cuidado médico y de salud conductual para personas con enfermedades mentales	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida
Servicios móviles de evaluación e intervención para crisis	Un equipo de profesionales médicos que prestan servicios de salud mental de emergencia, por lo general en las casas de las personas	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios terapéuticos multisistémicos	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños en riesgo de tratamiento residencial de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, dolencias o enfermedades del cerebro, la columna vertebral o el sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sean médicamente necesarios 	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte hacia y desde todas sus citas médicas. Podría ser en autobús, en una furgoneta para personas discapacitadas, en taxi o en otro tipo de vehículos	Cubrimos los siguientes servicios para receptores que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> - Viajes fuera del estado - Transferencias entre hospitales o centros médicos - Acompañantes cuando sean médicamente necesarios 	Requiere autorización previa para viajes fuera del estado y transferencias entre hospitales o centros médicos
Servicios en centros de enfermería	Cuidado médico o de enfermería que recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Puede ser una estadía de rehabilitación de corto plazo o largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sean médicamente necesarios 	Requerida
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos por su casa	Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos bajo el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años 	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
		Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento para silla de ruedas, una a la entrega y una 6 meses después 	
Servicios de cirugía oral	Servicios que proporcionan extracciones dentales y tratan otras condiciones, dolencias o enfermedades de la boca y la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sean médicamente necesarios 	Puede requerirse
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, dolencias o enfermedades de los huesos y las articulaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sean médicamente necesarios 	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cuidado médico mientras está en el hospital, pero no se queda por la noche. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se use para tratarlo	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios - Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para receptores de 21 años en adelante 	Se puede requerir para algunos servicios que no sean de emergencia
Servicios para el manejo del dolor	Tratamientos para dolor duradero que no mejora después de que se hayan prestado otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Cubiertos según sean médicamente necesarios. Pueden aplicar algunos límites de servicio 	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan un hospital para tratamiento de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una condición médica	<p>Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos bajo el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento para silla de ruedas, una a la entrega y una 6 meses después 	Requerida
Servicios de podología	Cuidado médico y otros tratamientos para los pies	<p>Cubrimos, según sean médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de los pies y las uñas - Radiografías y otras imágenes para los pies, los tobillos y la parte inferior de las piernas - Cirugía en los pies, los tobillos o la parte inferior de las piernas 	No requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para medicamentos que le son recetados por un médico u otro proveedor de proveedor de cuidados médicos	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta un suministro para 34 días de medicamentos, por receta - Reposiciones, según lo recetado 	Requerida para algunos medicamentos. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
Servicios privados de enfermería	Servicios de enfermería prestados en casa para personas de 0 a 20 años que necesitan atención constante	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 horas por día 	Requerida
Servicios hospitalarios especializados psiquiátricos	Servicios de salud mental de emergencia que son realizados en un centro que no es un hospital regular	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No requerida
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas usadas para detectar o diagnosticar problemas con la memoria, el IQ u otras áreas	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - 10 horas de pruebas psicológicas por año 	Requerida
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a personas a reingresar a la vida diaria. Estos incluyen ayuda con actividades básicas tales como cocinar, manejar dinero y realizar tareas domésticas	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 480 horas por año 	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes tales como radiografías, MRIs o escaneos de tomografía axial computarizada (TAC). También incluyen radiografías portátiles	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	Puede requerirse
Servicios de centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios prestados a embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de atención especial para manejar condiciones graves	Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o quieren embarazarse. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros para el control de natalidad para ayudarle a planear el tamaño de su familia	Cubrimos servicios médicamente necesarios de planificación familiar. Puede recibir estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; este no tiene que ser parte de nuestro Plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años.	No requerida
Servicios respiratorios	Servicios para tratar condiciones o enfermedades de los pulmones o el sistema respiratorio	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Manejo de dispositivos respiratorios 	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para receptores de 0 a 20 años para ayudarle a respirar mejor mientras es tratado por una condición, dolencia o enfermedad respiratoria	Cubrimos estos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación de terapia cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos de terapia por semana (máximo de 60 minutos por día) 	No requerida
Servicios de autoayuda/pares	Servicios para ayudar a las personas que están en recuperación de una adicción o enfermedad mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No requerida
Servicios terapéuticos especializados	Servicios proporcionados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por el uso de sustancias	Cubrimos los siguientes según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios de tutela temporal - Servicios de hogar grupal 	Requerida
Servicios de patologías del habla y del lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar mejor	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios para comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial por año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de comunicación cada 5 años 	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios del programa estatal para pacientes hospitalizados psiquiátricos	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	Cubiertos según sean médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años	Requerida
Servicios del programa ambulatorio intensivo para abuso de sustancias	Tratamiento proporcionado por más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de trastornos por la utilización de sustancias	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios de tratamiento residencial a corto plazo para abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por el uso de sustancias	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Requerida
Servicios terapéuticos conductuales en el sitio	Servicios prestados por un equipo para prevenir que los niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean colocados en un hospital u otro centro médico	Cubrimos servicios médicamente necesarios: - Hasta 9 horas por mes	Requerida
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la atención previa y posterior a la cirugía	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de ayuda visual	Las ayudas visuales son artículos tales como espejuelos, lentes de contacto y prótesis oculares	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios cuando sean recetados por su médico: <ul style="list-style-type: none"> - Dos pares de espejuelos para niños de 0 a 20 años - Un aro cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años en adelante - Lentes de contacto - Prótesis oculares 	Se puede requerir para dispositivos prostéticos
Servicios de cuidado visual	Servicios que prueban y tratan condiciones, dolencias y enfermedades de los ojos	- Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para procedimientos y algunas pruebas

Los beneficios de su plan: Beneficios ampliados

Beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos, gratuitamente. Llame a Servicios para Miembros para preguntar acerca de recibir beneficios ampliados.

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
Acupuntura	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir acupuntura como alternativa a la terapia de manejo del dolor con el fin de aliviar condiciones físicas, mentales y emocionales. Ofrecemos visitas ilimitadas de acupuntura según la necesidad médica.	Requerida
Servicios de atención primaria adicionales para adultos	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir visitas de atención primaria ilimitadas.	Requerida
Cuidado de la vista para adultos (servicios de ayuda visual)	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir un examen de los ojos y espejuelos o un	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	suministro para 6 meses de lentes de contacto recetados anualmente.	
Apoyo a la lectura para el Alzheimer	Los miembros, de 60 años en adelante, diagnosticados con Alzheimer pueden recibir una tarjeta de regalo de \$50 para comprar libros de actividades y de compromiso para reducir el deterioro cognitivo.	Requerida
Reserva de cama en centro de vida asistida	Los miembros pueden recibir una reserva de cama en un centro de vida asistida/hogar de cuidado familiar para adultos dentro de la red por hasta 31 días; los miembros, de 18 años en adelante, deben residir en el centro un mínimo de 30 días entre episodios y tener intención de volver al centro. Los miembros y los proveedores deben notificar al plan de atención administrada dentro de las 48 horas de abandonar el centro.	No requerida
Catálogo de transición para centro de vida asistida (ALF)	Los miembros pueden seleccionar un artículo de un catálogo de artículos para la habitación y el baño con el fin de ayudar con su transición a un centro de vida asistida (ALF). Para miembros de 21 años en adelante que estén viviendo actualmente en un ALF o miembros que estén haciendo la transición a un ALF.	Requerida
Catálogo para la mejoría del asma y la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Los miembros diagnosticados con asma o EPOC pueden seleccionar un producto para su mejoría de un catálogo, tal como: kits de vaporizador inhalador, sistemas de compresor de nebulizador para viajes, ropa de cama hipoalérgica, fundas de almohadas y cobertores de colchón, filtros de aire HEPA y dispositivos para monitorear el asma.	Requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
<p>Servicios de salud conductual</p>	<p>Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir los siguientes servicios adicionales con autorización previa:</p> <p>Servicios de evaluación Los miembros pueden recibir servicios de evaluación ilimitados, evaluaciones psiquiátricas, exámenes breves sobre el estado de la salud conductual, pruebas psicológicas y más, según la necesidad médica.</p> <p>Pruebas de detección de drogas Los miembros pueden recibir ocho (8) pruebas de detección adicionales para drogas, alcohol y otros, según la necesidad médica.</p> <p>Administración de medicamentos Los miembros pueden recibir ocho (8) servicios de administración de medicamentos adicionales, según la necesidad médica.</p>	<p>Requerida</p>
<p>Apoyo para cuidadores</p>	<p>Los miembros, de 18 años en adelante, pueden recibir los apoyos siguientes para sus cuidadores:</p> <p>Relevo para cuidadores: hasta cuatro (4) horas por mes, hasta 48 horas por año, para ayudar a reducir el estrés, la ansiedad y evitar el agotamiento del cuidador.</p> <p>Sesiones de terapia individual: hasta una hora de terapia por día para 12 días por año.</p> <p>Trasporte de cuidador NEMT: hasta 4 viajes en una dirección por mes, dentro de 25 millas, para visitar a un miembro que resida en un centro de vida asistida, hogar</p>	<p>Requerida</p>

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	de cuidado familiar para adultos, o casa de reposo.	
Limpieza de alfombras	Los miembros diagnosticados con asma o EPOC pueden recibir una tarjeta de regalo de \$100, dos veces al año, para aplicarla en servicios de limpieza de alfombras.	Requerida
Cuidados quiroprácticos	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir tratamientos quiroprácticos para realinear la columna vertebral, para alivio del dolor, como alternativa a la terapia de manejo del dolor.	Requerida
Apoyo para reintegración comunitaria	Los miembros, de 18 años en adelante, que estén haciendo la transición para salir de un centro de enfermería pueden recibir hasta \$6,000 de por vida para ayudar a pagar los costos de mudanza, depósitos de seguridad y para servicios públicos y mobiliario del hogar.	Requerida
Beneficio de alivio en caso de desastres	<p>Tarjeta para comestibles y artículos de limpieza Los miembros pueden recibir una tarjeta de \$100 por desastre para comprar comestibles y artículos de limpieza tras la declaración del estado de emergencia por parte del Gobernador. El miembro debe vivir en una zona declarada en estado de emergencia por el Gobernador hasta 4 semanas después de una tormenta CAT 2 o superior.</p> <p>Comidas entregadas a domicilio Los miembros pueden recibir un paquete de cinco comidas preparadas entregadas directamente en sus casas por desastre. Los miembros deben vivir en una zona declarada en estado de emergencia por el Gobernador hasta 4 semanas</p>	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	después de una tormenta CAT 2 o superior.	
Servicios de doula	Las miembros embarazadas, de 13 a 54 años, pueden recibir visitas a domicilio para monitoreo, evaluación cuidado de seguimiento prenatal y posnatal, incluyendo cuidado y revisión del recién nacido. Visitas ilimitadas por embarazo y hasta 3 meses después del parto.	No requerida
Equipo médico duradero: Monitor de la presión arterial	Los miembros, de 18 años en adelante, diagnosticados con hipertensión u obesidad pueden recibir un monitor digital para la presión arterial cada 3 años.	Requerida
Apoyo educativo	<p>Los miembros, de 5 a 19 años, pueden recibir los siguientes beneficios adicionales:</p> <p>Premio por logros académicos Una tarjeta de regalo de \$25 por lograr un GPA de 2.5 o superior.</p> <p>Clases de enriquecimiento en línea Una tarjeta de regalo de \$50 para inscribirse en diversas clases en línea incluyendo, entre otras, nutrición, cocina y cursos relacionados con acondicionamiento físico.</p> <p>Asistencia para útiles escolares Un vale de \$50 para comprar útiles escolares.</p> <p>Servicios de tutoría Hasta 2 horas por semana de servicios de tutoría virtual en lengua y literatura, matemáticas, ciencias, estudios sociales y lenguas extranjeras para miembros en riesgo de no aprobar.</p>	Requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
Kit de preparación para emergencias	Los miembros pueden recibir un kit de preparación para emergencias tras completar un plan para desastres. El kit incluye artículos como una herramienta multifunción, un bastón luminoso, una linterna, un mini botiquín de primeros auxilios, una manta de supervivencia de emergencia, un poncho impermeable, calentadores de manos, cerillas, pañuelos de papel, toallitas, desinfectante de manos, un silbato de emergencia con mosquetón y una mascarilla antipolvo. Se ofrecerá un kit por hogar de por vida.	No requerida
Paquete de noche familiar	Los miembros, de 5 a 17 años, pueden seleccionar uno de los siguientes paquetes por hogar para ayudar a promover la unión familiar: • Noche familiar de juegos: incluye un juego de cartas, dado para juegos de tamaño grande, rompecabezas y un juego de mesa clásico junto con una tarjeta de regalo de \$50 para un restaurante. • Noche de cine en familia: incluye una tarjeta de regalo de \$50 de Fandango y una tarjeta regalo de \$50 para un restaurante.	No requerida
Conexión de alimentos frescos	Los miembros, de 17 años en adelante, pueden elegir anualmente uno de los siguientes artículos: <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de \$150 para la tienda de comida saludable • Membresía anual en Sam's Club • Membresía anual en Costco • Entrega de tres cajas de productos agrícolas 	No requerida
Ayudas para un estilo de vida saludable	Los miembros pueden seleccionar dos artículos de un catálogo personalizado de opciones de ayudas para el estilo de vida.	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
Servicios de audición para adultos	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir beneficios de servicios de audición, una evaluación y revisión de la audición, un audífono por oído, una colocación/chequeo del audífono y el cargo por el servicio de dispensación de un audífono cada dos años.	No requerida
Comidas entregadas a domicilio: después del alta del centro	Los miembros de 5 años en adelante, pueden recibir hasta 14 comidas entregadas a domicilio para mejorar la recuperación posterior al alta hospitalaria de una hospitalización o estadía en un centro de enfermería mínima de 3 días. Los miembros deben cumplir ciertos requisitos mínimos de hospitalización y solicitarle el servicio al coordinador de alta o CM.	No requerida
Comidas entregadas a domicilio: mamás embarazadas	Las miembros embarazadas que están en riesgo, de 13 años en adelante, pueden recibir hasta 100 comidas entregadas a domicilio para que puedan enfocarse en un embarazo sano.	No requerida
Servicios de enfermería/asistente de salud en el hogar	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir una visita adicional por día de servicios de enfermería de salud en el hogar y/o cuidado personal.	No requerida
Visita a domicilio por parte de un trabajador social clínico	Los miembros pueden recibir hasta 48 visitas por año por parte de un trabajador social clínico.	Requerida
Asistencia de vivienda	Los miembros, de 18 años en adelante, que están padeciendo falta de vivienda o inseguridad de vivienda pueden recibir hasta \$500 para usar para alguno de los siguientes servicios de vivienda: cargos de solicitud, depósitos, documentación relacionada con la	Requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	vivienda, enganches para servicios públicos, deudas atrasadas de renta y servicios públicos, y muebles y/o bienes para el hogar esenciales.	
Terapia de masaje	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir servicios de terapia de masaje ilimitados como alternativa para manejo del dolor con el fin de ayudar con el alivio del dolor, la relajación de músculos, tendones y coyunturas y el alivio del estrés.	Requerida
Kit de seguridad para medicamentos	Los miembros pueden recibir nuestro Kit de seguridad para medicamentos, el cual incluye una caja para medicamentos con cerradura, gel destructor de Rx, tapas de medicamentos recetados a prueba de niños y tapas de pastilleros que se reajustan cuando se abren.	No requerida
Artículos esenciales para la mamá y el bebé	Las miembros embarazadas y con un posparto reciente, de 13 a 54 años, pueden recibir una tarjeta de regalo de \$200 para comprar artículos que apoyan un embarazo saludable y un entorno saludable para el bebé.	No requerida
Comidas para viaje diario de NEMT	Los miembros pueden recibir hasta \$200 por día para el costo de alimentos durante visitas médicas de más de 100 millas desde casa. Limitado a una vez cada 30 días.	Requerida
Servicios de NEMT: propósitos no médicos	Los miembros pueden necesitar transporte adicional más allá del transporte médico. Los miembros pueden acudir a eventos comunitarios, actividades de salud y bienestar, clínicas dentales locales, lugares de culto, bibliotecas, actividades sociales y de grupo, grupos de apoyo, orientación laboral y cursos de preparación para el GED. Ocho (8) viajes en	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	una dirección por mes hasta 25 millas por viaje en una dirección.	
Circuncisión para recién nacidos	Los miembros masculinos recién nacidos, de hasta 28 días de nacidos, pueden recibir una circuncisión.	No requerida
Apoyo a la lactancia	<p>Las miembros embarazadas, de 13 a 54 años, pueden elegir uno de los siguientes artículos para ayudar a apoyar una lactancia materna saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almohada Boppy. • Esterilizador para microondas. • Kit de accesorios para extractor de leche (almohadillas desechables para lactancia, bolsas adicionales para almacenamiento de leche y biberones). • Kit de apoyo para la lactancia materna (almohada de lactancia de apoyo al bebé, almohadillas de lactancia lavables y funda de lactancia). 	No requerida
Consejería nutricional	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir sesiones ilimitadas de consejería nutricional. Este beneficio ampliado les ayudará a reducir el riesgo o disminuir la progresión de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedad coronaria.	Requerida
Terapia ocupacional para adultos	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir una evaluación y reevaluación anual y hasta siete sesiones de terapia por semana.	No requerida
Programa de recuperación del trastorno por el uso de opioides (OUD)	Este programa de recuperación puede ayudar a los miembros de 18 años en adelante, que tienen adicción a los opioides, a superar la adicción a opioides mediante medicamentos, consejería, terapia	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	y apoyo comunitario. El cuidado de recuperación es conveniente y está disponible virtualmente o mediante reuniones grupales locales.	
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)	Los miembros pueden recibir \$65 por mes por hogar para comprar productos de venta libre.	No requerida
Control de plagas	Los miembros diagnosticados con asma pueden recibir una tarjeta de regalo de \$125, trimestralmente, para ayudar a pagar tratamientos de control de plagas en la casa.	Requerida
Fisioterapia para adultos	Los miembros de 21 años en adelante pueden recibir una evaluación anual, una reevaluación y hasta siete sesiones de terapia por semana para promover resultados saludables.	No requerida
Tarjeta para educación posterior a la secundaria	Los miembros, de 17 a 21 años, que buscan una educación posterior a la secundaria dentro del próximo año, pueden recibir hasta \$200 de por vida para su uso en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • guías de estudio para SAT/ACT • cargos de solicitud universitaria • libros de texto • artículos para el dormitorio 	No requerida
Servicios prenatales	Las miembros embarazadas, de 13 a 54 años, pueden recibir 14 visitas prenatales o 18 visitas prenatales para las miembros con embarazos de alto riesgo y tres visitas posparto dentro de los 90 días del parto.	Requerida
Suministros respiratorios	Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir diversos suministros para el alivio respiratorio para ayudarles a mejorar su respiración.	Requerida
Soluciones sensoriales	Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$75 para comprar productos sensoriales, tales como prendas de compresión, mantas pesadas, juguetes	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
	texturizados, libros sensoriales, por miembro elegible por año.	
Terapia del habla/patología del habla	<p>Los miembros, de 21 años en adelante, pueden recibir beneficios adicionales de terapia del habla según la necesidad médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación y reevaluación por año. • Una evaluación de la función de deglución oral y faríngea por año. • Hasta siete sesiones de terapia por semana. • Una evaluación inicial de Comunicación aumentativa y alternativa (AAC) por año. • Una reevaluación de AAC por año. • Hasta cuatro sesiones de 30 minutos para colocación de AAC, ajuste y sesiones de entrenamiento por año. 	No requerida
Juego de rompecabezas de STEM	Los miembros, de 6 a 18 años, pueden recibir un juego de rompecabezas de STEM de cuatro rompecabezas que representan ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas, una vez de por vida.	No requerida
Programa de lectura en el verano	<p>Durante los meses del verano (junio, julio y agosto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros, de 6 a 10 años, pueden recibir una tarjeta de regalo de \$100 para comprar libros. • Los miembros, de 11 a 18 años, pueden seleccionar una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> • una tarjeta de regalo de \$100 para comprar libros, o • un lector electrónico con una tarjeta de biblioteca digital de \$30 de por vida 	No requerida

Servicio	Descripción y cobertura / limitaciones	Autorización previa
Terapia (individual/familiar)	Los miembros inscritos en administración de casos conductuales pueden recibir hasta 10 visitas adicionales por año para terapia individual/familiar con autorización previa.	Requerida
Productos esenciales para el transporte	Las miembros embarazadas, de 18 años en adelante, pueden seleccionar una tarjeta de regalo de \$100 para una de las siguientes opciones de transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de regalo para viajes compartidos • Tarjeta de combustible • Transporte público 	No requerida
Copagos eximidos	Los miembros pueden recibir no tener copagos para ciertos servicios.	No requerida
Beneficio de seguridad en el agua	Los miembros, de 1 a 4 años, pueden recibir una tarjeta de regalo de \$160 para ayudar a cubrir el costo de clases de natación una vez de por vida.	No requerida

Pueden aplicar requisitos de elegibilidad adicionales.

Los beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad

El Plan evaluará a los miembros que puedan estar experimentando barreras para el empleo, la autosuficiencia económica y la independencia para que obtengan acceso a servicios de coordinación de cuidado/administración de casos y necesidades sociales relacionadas con la salud, como asistencia para la vivienda, sostenibilidad alimentaria, capacitación vocacional y servicios de apoyo educativo.

Servicio	Descripción y cobertura/limitaciones	Autorización previa
Asistencia de alimentos	Las miembros pueden recibir asistencia de alimentos con hasta 100 comidas al año para las 1,000 primeras miembros embarazadas de MMA y las 50 primeras miembros con productos especializados en VIH/SIDA que estén al día en	Requerida

Servicio	Descripción y cobertura/limitaciones	Autorización previa
	sus visitas prenatales. Debe tener aprobación del CM.	
Asistencia de vivienda	Con nuestro programa de vivienda puede vivir de forma independiente en el entorno de su elección. Las unidades de beneficio ampliado, el monto y la frecuencia se determinan caso por caso por el especialista en vivienda en función de la situación y las necesidades del miembro.	Requerida
Asistencia de vivienda	Los miembros pueden usar el programa de prevención de desalojos. Las unidades del beneficio ampliado total, el monto y la frecuencia se determinan caso por caso por el especialista en vivienda en función de la situación y las necesidades del miembro.	Requerida
Asistencia de vivienda	Nuestro beneficio de vivienda proporciona apoyo financiero a los miembros que tienen necesidades relacionadas con la vivienda. Proporcionaremos hasta \$500 para los miembros. SMI pueden tener mayores dificultades para conseguir y mantener una vivienda estable, proporcionaremos hasta \$2,500 a los miembros del producto especializado SMI.	Requerida

Sección 14: Costos compartidos para servicios

Los costos compartidos se refieren a la parte de costos de determinados servicios cubiertos que le corresponde pagar a usted. Los costos compartidos pueden incluir coseguro, copagos y deducibles. Si tiene preguntas sobre sus requisitos de costos compartidos, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 15: Información útil sobre el programa de Cuidado a largo plazo (LTC)
(Lea esta sección si está en el programa LTC. Si no está en el programa LTC, salte a la Sección 17).

Inicio de los servicios

Es importante que nos informemos sobre usted de modo que podamos asegurarnos de que reciba el cuidado que necesita. Su administrador de casos programará una hora para ir a su casa o centro de enfermería para reunirse con usted.

En esta primera visita, su administrador de casos le contará sobre el programa LTC y nuestro plan. También le hará preguntas sobre:

- Su salud,
- Cómo se cuida usted,
- Cómo pasa su tiempo,
- Quién ayuda a cuidarlo, y
- Otras cosas.

Estas preguntas constituyen su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a informarnos sobre lo que usted necesita para vivir de manera segura en su casa. También nos ayuda a decidir cuáles servicios lo ayudarán más.

Desarrollo de un plan de salud

Antes de que pueda comenzar a recibir servicios bajo el programa LTC, debe tener un **plan de salud centrado en la persona (plan de salud)**. Su administrador de casos hace su plan de salud con usted. Su plan de salud es el documento que le dice todo sobre los servicios que recibe de nuestro programa LTC. Su administrador de casos hablará con usted y cualquier familiar o cuidador que usted quiera incluir para decidir cuáles servicios de LTC ayudarán. Usará la evaluación inicial y otra información para crear un plan justo para usted. Su plan de salud le dirá:

- Cuáles servicios está recibiendo
- Quién está prestando su servicio (sus proveedores de servicios)
- Con qué frecuencia recibe un servicio
- Cuándo inicia un servicio y cuándo finaliza (si tiene una fecha de finalización)
- Qué están tratando de ayudarlo a hacer sus servicios. Por ejemplo: si necesita ayuda para hacer tareas domésticas ligeras en su casa, su plan de salud le dirá que un proveedor de cuidados médicos acompañante adulto viene 2 días a la semana para ayudar con sus tareas domésticas ligeras.
- Cómo funcionan sus servicios de LTC con otros servicios que recibe de fuera de nuestro plan, tal como de Medicare, su iglesia u otros programas federales
- Sus **metas personales**

No solo queremos asegurarnos de que esté viviendo de manera segura. También queremos asegurarnos de que esté satisfecho y se sienta conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos esté haciendo su plan de salud, este le preguntará sobre cualquier **meta personal** que pudiese tener. Puede ser cualquier cosa, realmente, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC le ayuden a alcanzar sus metas. Algunos ejemplos de metas personales incluyen:

- Caminar por 10 minutos todos los días
- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Ir al centro de atención para adultos mayores una vez a la semana

- Mudarse de un centro de enfermería a un centro de vida asistida

Usted o su **representante autorizado** (alguien de su confianza que le permita hablar con nosotros sobre su cuidado) debe firmar su plan de salud. Esta es la manera en que demuestra que está de acuerdo con los **servicios en su plan de salud**.

Su administrador de casos le enviará a su PCP una copia de su plan de salud. También lo compartirá con sus otros proveedores de cuidados médicos.

Actualización de su plan de salud

Cada mes, su administrador de casos lo llamará para ver cómo van sus servicios y cómo le va a usted. Si se hace algún cambio, actualizará su plan de salud y le conseguirá una nueva copia.

Su administrador de casos vendrá a verlo en persona para revisar su plan de salud cada 90 días (o aproximadamente 3 meses). Este es un momento adecuado para hablarle sobre sus servicios, lo que le está funcionando y lo que no le está funcionando y cómo van sus metas. Actualizará su plan de salud con cualquier cambio. Cada vez que su plan de salud cambie, usted o su representante autorizado debe firmarlo.

Recuerde, puede llamar a su administrador de casos a cualquier hora para hablar sobre problemas que tenga, cambios en su vida u otras cosas. Su administrador de casos o un representante del plan médico está a su disposición cuando lo necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos le ayudará a hacer un **plan de respaldo**. Un plan de respaldo le dice lo que debe hacer si un proveedor de servicios no se presenta para prestarle un servicio. Por ejemplo, su asistente de cuidado médico en el hogar no vino a bañarlo.

Recuerde, si tiene algún problema para recibir sus servicios, llame a su administrador de casos.

Sección 16: Los beneficios de su plan: Servicios de cuidado a largo plazo

El cuadro a continuación enumera los servicios de Cuidado a largo plazo que están cubiertos por nuestro plan. Recuerde, los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos⁷.

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le avisaremos por escrito por lo menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los servicios cubiertos de Cuidado a largo plazo, llame a su administrador de casos o a Servicios para Miembros.

⁷ Puede encontrar una copia de la Póliza de cobertura del Programa de Cuidado a Largo Plazo de Atención Administrada Estatal de Medicaid en <https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies>.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante para adultos	Este servicio le ayuda a preparar comidas, lavar la ropa y tareas domésticas ligeras.	Requerida
Cuidado médico de adultos durante el día	Supervisión, programas sociales y actividades proporcionados en un centro de cuidado diurno para adultos durante el día. Si está ahí a la hora de las comidas, puede comer ahí.	Requerida
Servicios de cuidado asistido	Estos son servicios las 24 horas si vive en un hogar para cuidado familiar de adultos.	Requerida
Vida asistida	Estos son servicios que son prestados usualmente en un centro de vida asistida. Los servicios pueden incluir tareas domésticas, ayuda para bañarse, vestirse y comer, asistencia con medicamentos y programas sociales.	Requerida
Cuidado de asistente de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica prestados en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una condición médica, enfermedad o lesión.	Requerida
Manejo conductual	Servicios para necesidades de salud mental o abuso de sustancias	Requerida
Capacitación de cuidadores	Entrenamiento y consejería para personas que ayudan a cuidarlo	Requerida

Servicio	Descripción	Autorización previa
Coordinación de cuidado/ administración de casos	Servicios que le ayudan a recibir los servicios y el apoyo que necesita para vivir de manera segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y hacer un plan de salud que enumere todos los servicios que usted necesita y recibe.	No requerida
Servicios de accesibilidad/ adaptación al hogar	Este servicio hace cambios a su casa para ayudarle a vivir y moverse en su casa de manera segura y con mayor facilidad. Puede incluir cambios como instalar barras de agarre en su baño o un asiento de inodoro especial. No incluye cambios complejos como nuevas alfombras, reparaciones al techo, sistemas de plomería, etc.	Requerida
Comidas entregadas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables a su casa.	Requerida
Servicios de tareas domésticas	Este servicio le ayuda con actividades generales del hogar, como preparación de comidas y atención de rutina en el hogar.	Requerida

Servicio	Descripción	Autorización previa
Hospicio	Servicios de cuidado médico, tratamiento y apoyo emocional para personas que tienen enfermedades terminales o que están al final de sus vidas para ayudar a mantenerlas cómodas y sin dolor. También hay disponibles servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	Requerida
Enfermería intermitente y especializada	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o la necesita a una hora habitual	Requerida
Equipos y suministros médicos	El equipo médico es usado para manejar y tratar una condición, enfermedad o lesión. El equipo médico se usa una y otra vez e incluye cosas como sillas de ruedas, férulas, andadores y otros artículos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y manejar condiciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen cosas que se usan y se tiran, como vendajes, guantes y otros artículos.	Requerida
Suministro de medicamentos	Ayuda para tomar medicamentos si no puede hacerlo usted mismo	Requerida
Administración de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando	Requerida

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios de evaluación nutricional/ reducción de riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador acerca de su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable	Requerida
Servicios en centros de enfermería	Los servicios en centros de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con las actividades de la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.	Requerida
Cuidado personal	Estos son servicios en el hogar para ayudarle con: <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Higiene personal 	Requerida
Sistemas personales de respuesta de emergencia (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted que le permite llamar para emergencias a cualquier hora	Requerida
Cuidado de relevo	Este servicio les permite a sus cuidadores tomarse un descanso breve. Puede usar este servicio en su casa, en un centro de vida asistida o en un centro de enfermería.	Requerida

Servicio	Descripción	Autorización previa
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos por su casa.	Requerida
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una condición médica.	Requerida
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que le ayudan a respirar mejor.	Requerida
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.	Requerida
Cuidado familiar estructurado	Servicios proporcionados en su casa para ayudarle a vivir en casa en lugar de un centro de enfermería	Podemos ofrecer la opción de utilizar este servicio en lugar de los servicios de un centro de enfermería.
Transporte	Transporte hacia y desde todos los servicios de su programa LTC. Podría ser en autobús, en una camioneta para personas discapacitadas, en taxi o en otro tipo de vehículos.	No requerida

Opción de dirección del participante de cuidado a largo plazo (PDO)*

Le pueden ofrecer la Opción de dirección del participante (PDO). Puede usar PDO si usa alguno de estos servicios y vive en su casa:

- Servicios de cuidado de asistente
- Servicios de tareas domésticas
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de cuidado de acompañante para adultos
- Servicios de atención de enfermería especializada e intermitente

PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que usted puede elegir su proveedor de servicios y cuándo recibe su servicio. Usted tiene que contratar, entrenar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

Puede contratar familiares, vecinos o amigos. Usted trabajará con un administrador de casos quien puede ayudarle con PDO.

Si está interesado en PDO, pídale más detalles a su administrador de casos. También puede pedir una copia de las Guías de PDO para leerla y ayudarle a decidir si esta opción es la decisión correcta para usted.

**PDO no es una opción disponible para los participantes en el programa de exención para discapacitados intelectuales y del desarrollo. Vea el Anexo C*

Los beneficios de su plan: Beneficios ampliados de LTC

Los beneficios ampliados son servicios adicionales que le proporcionamos sin costo. Hable con su administrador de casos acerca de obtener beneficios ampliados.

Servicio	Descripción y cobertura/limitaciones	Autorización previa
Catálogo de transición para centro de vida asistida	Los miembros que viven en un ALF y los nuevos inscritos que hacen la transición/se mudan a un ALF pueden seleccionar hasta \$50 en artículos. Un beneficio de por vida, requiere referencia del CM.	No requerida
Apoyo de reincorporación comunitaria	Los miembros que residen en un hogar de ancianos y desean regresar a la comunidad pueden recibir un beneficio máximo de asignación de \$6000.00 por miembro, de por vida. Los artículos seleccionados deben ser necesarios para regresar a la comunidad y ser aprobados. El beneficio se debe usar dentro de 90 días de la transición.	Requerida

Servicio	Descripción y cobertura/limitaciones	Autorización previa
Caminos hacia el propósito	El transporte de Caminos hacia el propósito proporciona cuatro viajes en una dirección por mes para voluntariado y mentoría. El beneficio es de 48 viajes en una dirección anualmente	No requerida
Incentivo de seguimiento después del alta hospitalaria	Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 si le avisan a su administrador de casos en el plazo de un día hábil tras recibir el alta de un centro de hospitalización. Disponible dos veces por año	Requerida

Sección 17: Satisfacción de los miembros

Quejas, reclamos y apelaciones ante el plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y el cuidado que recibe de nuestros proveedores. Infórmenos inmediatamente si en cualquier momento no está satisfecho con algo de nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que tomamos.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una Queja	Usted puede: Llamarnos a cualquier hora. Llame al 1-844-406-2398 o al TTY 711.	Nosotros: <ul style="list-style-type: none"> Trataremos de resolver su problema dentro de 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar un Reclamo	Usted puede: <ul style="list-style-type: none"> Escribirnos o llamarnos a cualquier hora. Llamarnos para pedir más tiempo para resolver su reclamo si piensa que más tiempo será de ayuda. <p>CHA Grievance & Appeals Coordinator P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466 Teléfono: 877-372-7603 (TTY 711) Fax: 866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	Nosotros: <ul style="list-style-type: none"> Revisaremos su reclamo y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su reclamo, nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le diremos sobre sus derechos si no está de acuerdo.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede pedir una Apelación	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos y dar seguimiento por escrito, dentro de 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Pedir que sus servicios continúen dentro de 10 días de recibir nuestra carta, de ser necesario. Pueden aplicar algunas normas. <p>CHA Grievance & Appeals Coordinator P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466 Teléfono: 877-372-7603 (TTY 711) Fax: 866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Le ayudaremos a llenar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta dentro de 30 días para responderle.
Si cree que esperar 30 días pondrá su salud en peligro, puede pedir una Apelación acelerada o “rápida”	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos dentro de 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. <p>CHA Grievance & Appeals Coordinator P.O. Box 62429 Virginia Beach, VA 23466 Teléfono: 877-372-7603 (TTY 711) Fax: 866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta dentro de 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesita una apelación rápida y le enviaremos una carta dentro de 2 días.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación, puede pedir una Audiencia imparcial de Medicaid**	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud. • Pedirnos una copia de su expediente médico. • Pedir que sus servicios continúen dentro de 10 días de recibir nuestra carta, de ser necesario. Pueden aplicar algunas normas. 	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, de ser necesario. • Reiniciaremos sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
	**Debe finalizar el proceso de apelación antes de que pueda tener una Audiencia imparcial de Medicaid.	Si continuó sus servicios, podemos pedirle que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.

Apelación rápida ante el plan

Si denegamos su solicitud para una apelación rápida, transferiremos su apelación al periodo regular de apelación de 30 días. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no darle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar un reclamo.

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Puede pedir una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un Aviso de resolución de la apelación ante el plan llamándonos o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
 Medicaid Fair Hearing Unit
 P.O. Box 7237
 Tallahassee, FL 32314-7237
 1-877-254-1055 (número gratuito)
 1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

Si solicita una audiencia imparcial por escrito, incluya la información siguiente:

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde se puedan comunicar con usted o su representante

También podría incluir la información siguiente si la tiene:

- Por qué cree que la decisión debe cambiarse
- El (Los) servicio(s) que cree que necesita
- Cualquier información médica para apoyar la solicitud
- Quién quiere que lo ayude con su audiencia imparcial

Después de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia le dirá por escrito que recibieron su solicitud de audiencia imparcial. Un oficial de audiencias que trabaja para el Estado revisará la decisión que tomamos.

Si usted es un miembro del Título XXI de MediKids, no se le permite tener una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión por parte del Estado (para miembros de MediKids)

Cuando usted pide una revisión, un oficial de audiencias que trabaja para el Estado revisa la decisión tomada durante la apelación ante el plan. Usted puede pedir una revisión por parte del Estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir el aviso. **Primero debe finalizar su proceso de apelación.**

Podría pedir una revisión por parte del Estado por teléfono o por escrito a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877 254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Después de recibir su solicitud, la Agencia le informará por escrito que la recibió.

Continuación de beneficios para miembros de Medicaid

Si está recibiendo ahora un servicio que va a ser reducido, suspendido o finalizado, tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome una decisión final para su **apelación ante el plan o audiencia imparcial de Medicaid**. Si se continúan sus servicios, no habrá cambio en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

Si se continúan sus servicios, y nuestra decisión no es a su favor, podemos pedirle que pague el costo de esos servicios. No le quitaremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia o a su representante legal que paguen por los servicios.

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y pedir la continuación de los servicios dentro de este periodo, el que sea posterior:

- 10 días después de recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios (NABD) o
- El primer día en que los servicios de su hijo serán reducidos, suspendidos o finalizados o antes de esa fecha

Sección 18: Sus derechos como miembro

Como receptor de Medicaid y miembro de un plan, usted también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Recibir un tratamiento cortés y respetuoso
- Que siempre su dignidad y privacidad sean consideradas y respetadas
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién proporciona los servicios médicos y quién es responsable de su cuidado

- Saber qué servicios tiene disponibles el miembro, incluyendo si hay disponible un intérprete, si usted no habla inglés
- Saber cuáles normas y leyes aplican a su conducta
- Que le den información que se pueda seguir con facilidad acerca de su diagnóstico, y conversar abiertamente sobre el tratamiento que necesita, las opciones de tratamiento y alternativas, riesgos y cómo lo ayudarán estos tratamientos
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su cuidado médico, incluyendo el derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto según la ley disponga al contrario
- Que le den información completa sobre otras maneras de ayudar a pagar por su cuidado médico
- Saber si el proveedor o el centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Que le digan antes de recibir un servicio cuánto le puede costar
- Recibir una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y aceptar o negarse a participantes en dicha investigación
- Presentar una queja cuando sus derechos no son respetados
- Pedir otro médico cuando usted no está de acuerdo con su médico (segunda opinión médica)
- Recibir una copia de su expediente médico y pedir que se agregue o corrija información en su expediente, de ser necesario
- Que sus expedientes médicos se mantengan privados y sean compartidos solo cuando la ley lo requiera o con su aprobación
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas por sí mismo (directiva anticipada)
- Presentar un reclamo sobre cualquier asunto que no sea una decisión del plan sobre sus servicios
- Apelar una decisión del plan sobre sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro plan
- Hablar abiertamente sobre su cuidado médico y sus inquietudes sin que esto conlleve consecuencias negativas
- Ejercer libremente sus derechos sin que el plan o los proveedores de la red lo traten de mala manera

- Recibir atención sin temor de que cualquier forma de restricción o aislamiento sea usada como medio de coerción, medidas disciplinarias, conveniencia o represalia
- Recibir información sobre los derechos del beneficiario y la información del plan
- Obtener servicios disponibles y accesibles cubiertos por el Plan (incluye los servicios en sustitución de los servicios (ILOS))

Los miembros de LTC tienen derecho a:

- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medio de coerción, medidas disciplinarias, conveniencia o represalia
- Recibir servicios en un entorno parecido a la casa independientemente de dónde viva
- Recibir información sobre estar involucrado en su comunidad, establecer metas personales y cómo puede participar en ese proceso
- Que le digan cuándo, dónde y cómo recibir los servicios que necesita
- Poder participar en las decisiones sobre su cuidado médico
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus condiciones, independientemente del costo o beneficio
- Elegir los programas en los que participa y los proveedores que le brindan cuidado

Sección 19: Sus responsabilidades como miembro

Como receptor de Medicaid y miembro de un plan, usted también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información precisa sobre su salud a su plan y sus proveedores
- Decirle a su proveedor sobre cambios inesperados en su condición médica
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que usted entiende un curso de acción y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir instrucciones para el cuidado y hacer preguntas
- Cumplir con sus citas y avisarle a su proveedor si no podrá acudir a una cita
- Ser responsable por sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones de su proveedor de cuidados médicos
- Asegurarse de que se haga el pago para los servicios no cubiertos que recibe
- Seguir las normas y regulaciones de conducta del centro médico
- Tratar al personal de cuidado médico y al administrador de casos con respeto
- Informarnos si tiene problemas con cualquier miembro del personal de cuidado médico
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales
- Avisarle a su administrador de casos si tiene un cambio en información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad
- Denunciar fraude, abuso y sobrepago

Los miembros de LTC tienen la responsabilidad de:

- Decirle a su administrador de casos si quiere cancelar la inscripción en el programa de Cuidado a largo plazo
- Estar de acuerdo y participar en la evaluación anual cara a cara, visitas trimestrales cara a cara y contacto telefónico mensual con su administrador de casos

Sección 20: Otra información importante

Responsabilidad del paciente para servicios de Cuidado a largo plazo (LTC) o para enfermos terminales

Si usted recibe servicios de LTC o para enfermos terminales, tal vez tenga que pagar una “parte *del* costo” de sus servicios cada mes. Esta parte *del* costo se llama “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (DCF) le enviará por correo una carta cuando usted sea elegible (o para informarle sobre cambios) para servicios de LTC o para enfermos terminales de Medicaid. Esta carta se llama “Aviso de acción de caso” o “NOCA”. La carta de NOCA le dirá sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al centro en que vive, si vive en un centro, para su parte del costo de sus servicios de LTC o para enfermos terminales.

Para obtener más información sobre responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC, comunicarse con el DCF llamando al número gratuito 1-866-762-2237 o visitar la página web del DCF en <https://www.myflfamilies.com/medicaid> (desplácese hacia abajo, revise los enlaces a la izquierda de la página web y seleccione el documento titulado ‘SSI-Related Medicaid Program Fact Sheet’).

Protección de Proveedor de Cuidado Médico Indígena (IHCP)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos para servicios suministrados o recibidos por un IHCP o referidos bajo servicios de salud contratados.

Plan de desastres para emergencias

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado, 2) Hacer un plan y 3) Conseguir un kit. Para obtener ayuda con su plan de desastres para emergencias, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarle con su plan. Puede llamarlos al 1-850-413-9969 o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org.

Para los miembros de LTC, su administrador de casos le ayudará a crear un plan para desastres.

Consejos sobre cómo prevenir el fraude y el abuso de Medicaid:

- NO comparta información personal incluyendo su número de Medicaid, con nadie que no sea uno de sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o a bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o las llamadas que no pidió.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de texto o correos electrónicos que usted no pidió, o que estén en plataformas de redes sociales.

Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid

Para denunciar una sospecha de fraude y/o abuso en Florida Medicaid, llame al número gratuito de la Línea directa de quejas de consumidores al 1-888-419-3456 o llene un Formulario de queja de fraude y abuso de Medicaid, el cual está disponible en línea en:

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>

También puede denunciarnos fraude y abuso directamente comunicándose con la Unidad de Investigaciones Especiales. Llame al 844-406-2398 (TTY 711). Al llamar, pida hablar con la Unidad de Investigaciones Especiales. Brinde la mayor cantidad posible de detalles.

Abuso/negligencia/explotación de personas

Nunca debe ser tratado de mala manera. Nunca está bien que alguien lo golpee o lo haga sentirse asustado. Puede hablar con su PCP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que está siendo maltratado o desatendido, llame a la Línea directa de abuso al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para TTY/TDD al 1- 800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien que está siendo maltratado.

La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

- Si lo hieren, llame a su PCP
- Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia. Para obtener más información, vea la sección llamada ATENCIÓN DE EMERGENCIA.
- Tenga un plan para ir a un lugar seguro (la casa de un amigo o pariente)
- Empaque un bolso pequeño, déselo a una amiga para que se lo guarde

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la línea gratuita de la Línea directa nacional de violencia doméstica al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

Directivas anticipadas

Una **directiva anticipada** es una declaración escrita o hablada sobre cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas. Algunas personas hacen directivas anticipadas cuando quedan muy enfermas o están al final de sus vidas. Otras personas hacen directivas anticipadas cuando están sanas. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y entender estos documentos. Estos no cambian su derecho a beneficios de cuidado médico de calidad. El único propósito es permitir que otros sepan lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

1. Un testamento vital
2. Designación de sustituto para cuidado médico
3. Una donación anatómica (órgano o tejido)

Puede descargar un formulario de directiva anticipada de este sitio web:

<https://quality.healthfinder.fl.gov/report-guides/advance-directives>.

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de casos sepa que usted tiene una directiva anticipada y dónde está ubicada.

Si hay algún cambio en la ley sobre directivas anticipadas, le informaremos en un plazo de 90 días. Usted no tiene que tener una directiva anticipada si no la quiere.

Si su proveedor no está siguiendo su directiva anticipada, puede presentarle una queja a Servicios para Miembros al 1-844-406-2398 (TTY 711) o a la Agencia llamando al 1-888-419-3456.

Cómo obtener más información

Usted tiene derecho a pedir información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos acerca de los tipos de información que puede recibir gratuitamente. Algunos ejemplos son:

- Su registro del miembro
- Una descripción de cómo operamos
- FloridaHealthFinder.gov, donde puede informarse sobre las calificaciones de desempeño de la calidad de CHA y más. Vea la siguiente sección para más información.

Sección 21: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar el “Mejor cuidado médico para todos los floridanos”. La Agencia ha creado un sitio web, www.FloridaHealthFinder.gov, donde puede ver información acerca de las agencias de cuidado médico en el hogar, los centros de enfermería, centros de vida asistida, centros de cirugía ambulatoria y hospitales de Florida. Puede encontrar los siguientes tipos de información en el sitio web:

- Información actualizada sobre concesión de licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de desempeño
- Folletos de educación para los consumidores
- Testamentos vitales
- Calificaciones de desempeño de la calidad, incluyendo resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre distintas medidas de desempeño acerca de la calidad del cuidado médico proporcionado por los planes. Las medidas permiten que el público entienda cuán bien los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver las tarjetas de calificaciones del plan, visite <https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13>.

Unidad de vivienda para adultos mayores

La Unidad de vivienda para adultos mayores proporciona información y asistencia técnica a los adultos mayores y líderes comunitarios acerca de opciones de vivienda a bajo precio y vida asistida. El Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores de Florida mantiene un sitio web para información sobre centros de vida asistida, hogares de atención familiar para adultos, centros de atención de la salud diurna para adultos y centros de enfermería en <https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options/> al igual que enlaces a recursos adicionales federales y estatales.

Información de MediKids

Para obtener información sobre la cobertura de MediKids visite: http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml

Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad

También puede encontrar información y asistencia adicional sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de delitos, planificación de ingresos u oportunidades educativas comunicándose con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad.

Programa independiente de apoyo al consumidor

El Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores de Florida también ofrece un Programa independiente de apoyo al consumidor (ICSP). El ICSP trabaja con el Programa del Defensor de Cuidado a Largo Plazo Estatal, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas maneras para obtener información y ayuda cuando la necesiten. Para más información, llame a la Línea de ayuda para ancianos al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <https://elderaffairs.org/programs-services/medicaid-long-term-care-services/statewide-medicaid-managed-care-long-term-care-program/>.

Sección 22: Formularios

Llame a Servicios para Miembros al 844-406-2398 o TTY al 711 para solicitar ayudas y servicios auxiliares. De conformidad con 42 CFR 438.10(d) en letra de 18 puntos y en 4 idiomas principales (English, Spanish, Haitian Creole y Vietnamese)

Aviso sobre no discriminación

CHA Healthcare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas debido a su:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Es decir, usted no será objeto de exclusión o trato diferente por ninguno de estos motivos.

Es importante comunicarnos con usted

Para personas con discapacidades o que hablan un idioma distinto al inglés, les ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra grande, audio, electrónicos y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales escritos en su idioma

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Coordinador de reclamos al 877-372-7603 (TTY 711).

Sus derechos

¿Cree que no recibió estos servicios o que lo discriminamos por alguno de los motivos señalados? De ser así, usted puede presentar un reclamo (una queja). Preséntelo por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono:

CHA Grievance Coordinator

Teléfono: 877-372-7603 (TTY 711)

P.O. Box 62429

Fax: 866-216-3482

Virginia Beach, VA 23466

Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com

¿Necesita ayuda para presentarlo? Llame a nuestro Coordinador de reclamos al número indicado arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En la web:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de queja, visite www.hhs.gov/ocr/file/index.html.