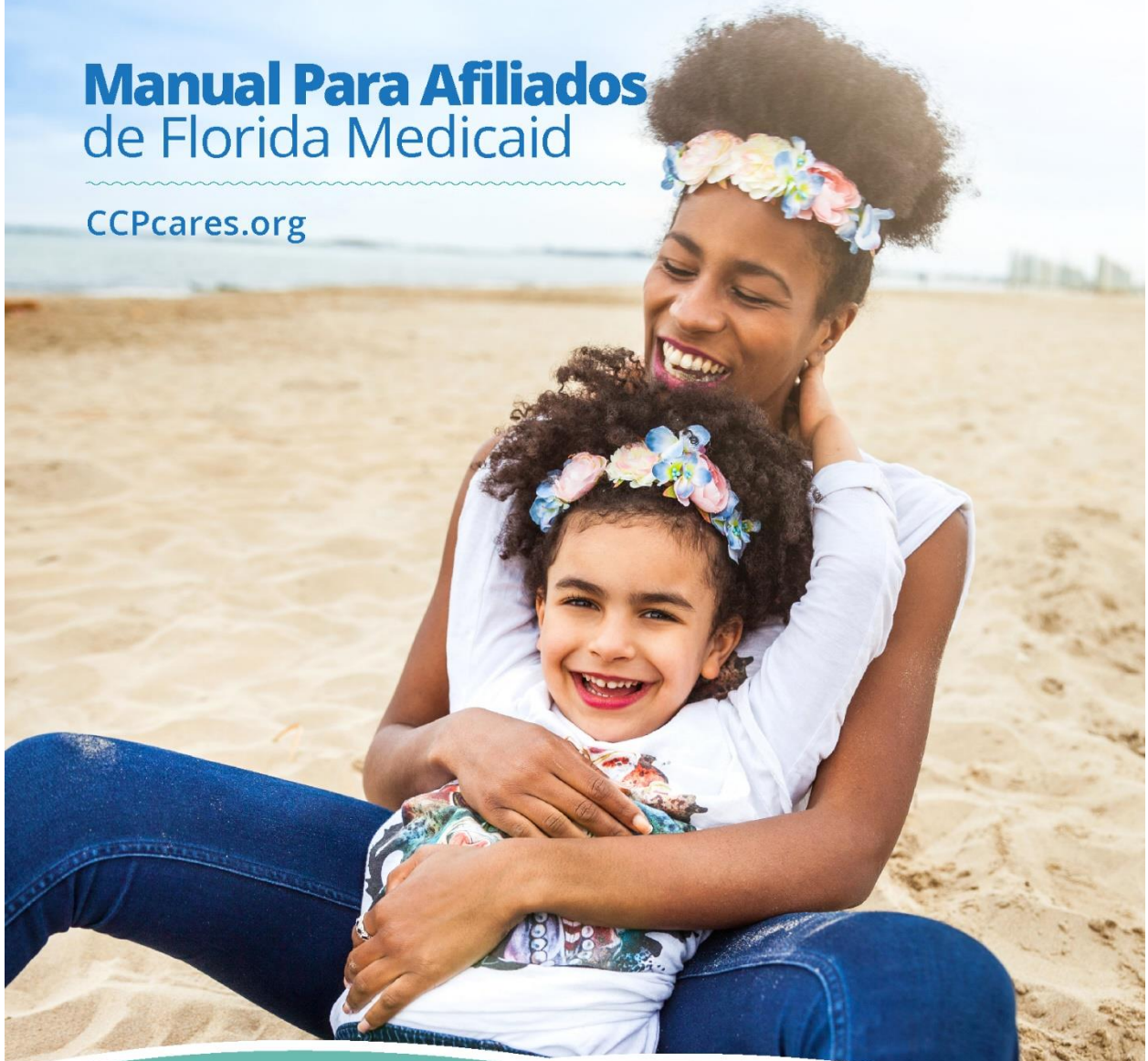


Manual Para Afiliados de Florida Medicaid

CCPcares.org



Community Care Plan

The Health Plan with a Heart

If you do not speak English, call us at 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 1-866-899-4828. 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 afiliados	1-866-899-4828	Disponible las 24 horas
Línea de ayuda de servicios para afiliados TTY	1-855-655-5303	Disponible las 24 horas
Sitio web	www.ccpcares.org	
Dirección	1643 Harrison Parkway Suite H-200 Sunrise, FL 33323	

Servicios de telesalud	Teladoc 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) Descargue la aplicación móvil o visite www.teladoc.com	
Transporte	ModivCare 1-866-306-9358 (Reservaciones) 1-866-306-9359 (Asistencia de traslado)	
Salud conductual	Community Care Plan 1-866-899-4828	
Servicios oftalmológicos	20/20 iCare 1-877-296-0799	
Servicios odontológicos	Para obtener ayuda con la organización de estos servicios, comuníquese directamente con el administrador de casos o llame al 1-866-899-4828	
Para denunciar casos sospechosos 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 www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline	
Para la elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 TTY: 711 o 1-800-955-8771 www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid	
Para denunciar fraude o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/	

Para realizar una queja sobre un centro de atención médica	1-888-419-3450 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 realizar una queja sobre los servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para obtener información para personas mayores	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) www.elderaffairs.org/doea/arc.php
Para obtener información sobre la violencia doméstica	1-800-799-7233 TTY: 1-800-787-3224 www.thehotline.org/
Para obtener información sobre centros de salud en Florida	www.floridahealthfinder.gov/index.html
Para obtener información sobre la atención de urgencia	Comuníquese con Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 o visite nuestro sitio web: www.ccpcares.org
Para una emergencia	9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana

Índice

BIENVENIDO AL PLAN ESTATAL DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID DE COMMUNITY CARE PLAN	7
SECCIÓN 1: SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN (TARJETA DE IDENTIFICACIÓN)	8
SECCIÓN 2: SU PRIVACIDAD	9
SECCIÓN 3: CÓMO OBTENER AYUDA DE NUESTROS SERVICIOS PARA AFILIADOS	9
CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON SERVICIOS PARA AFILIADOS	9
CÓMO COMUNICARSE CON SERVICIOS PARA AFILIADOS FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN.....	9
SECCIÓN 4: ¿NECESITA AYUDA PARA COMUNICARSE?	10
SECCIÓN 5: CAMBIO DE INFORMACIÓN.....	10
SECCIÓN 6: REQUISITOS PARA MEDICAID.....	11
SI PIERDE SU ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID.....	11
SI TIENE MEDICARE.....	11
SI ESTÁ EMBARAZADA.....	11
SECCIÓN 7: INSCRIPCIÓN EN NUESTRO PLAN.....	11
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA.....	12
INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE SMMC.....	12
SECCIÓN 8: BAJA DE NUESTRO PLAN (DESAFILIACIÓN).....	14
ELIMINACIÓN DE NUESTRO PLAN (DESAFILIACIÓN INVOLUNTARIA)	16
SECCIÓN 9: ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN.....	16
CAMBIO DE ADMINISTRADORES DE CASOS	16
COSAS IMPORTANTES QUE DEBE DECIRLE A SU ADMINISTRADOR DE CASOS	17
SOLICITUD PARA SUSPENDER SUS SERVICIOS.....	17
SECCIÓN 10: ACCESO A SERVICIOS	17
PROVEEDORES EN NUESTRO PLAN	17
PROVEEDORES QUE NO ESTÁN EN NUESTRO PLAN	18
PAGO DE SUS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	18
¿QUÉ TENGO QUE PAGAR?.....	18
SERVICIOS PARA NIÑOS	19
OBJECIONES MORALES O RELIGIOSAS	20
SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE SUS BENEFICIOS.....	20
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	20
ELECCIÓN DE UN PCP PARA SU HIJO	20
ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y DERIVACIONES	21
SEGUNDAS OPINIONES.....	21
ATENCIÓN DE URGENCIA	21
ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	21
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	22
MEDICAMENTOS RECETADOS.....	22

INFORMACIÓN SOBRE FARMACIA DE ESPECIALIDAD	23
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL	23
PROGRAMAS DE RECOMPENSAS PARA AFILIADOS	24
PROGRAMAS DE MANEJO DE ENFERMEDADES	24
PROGRAMAS DE MEJORA DE LA CALIDAD	25
SECCIÓN 12: LOS BENEFICIOS DE SU PLAN: SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA ADMINISTRADA.....	26
LOS BENEFICIOS DE SU PLAN: AMPLIACIÓN DE BENEFICIOS.....	38
SECCIÓN 5: SATISFACCIÓN DEL AFILIADO	45
QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES DEL PLAN.....	45
APELACIÓN RÁPIDA AL PLAN	46
AUDIENCIAS IMPARCIALES DE MEDICAID (PARA AFILIADOS DE MEDICAID)	46
REVISIÓN POR PARTE DEL ESTADO (PARA AFILIADOS DE MEDIKIDS)	47
CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS PARA AFILIADOS DE MEDICAID.....	47
SECCIÓN 16: SUS DERECHOS COMO AFILIADO	48
LOS AFILIADOS DE LTC TIENEN DERECHO A:	49
SECCIÓN 17: SUS OBLIGACIONES COMO AFILIADO	50
SECCIÓN 18: OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	50
RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO (LTC) O LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	50
PROTECCIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA INDÍGENA (IHCP)	51
PLAN DE EMERGENCIA ANTE DESASTRES.....	51
CONSEJOS SOBRE CÓMO PREVENIR EL FRAUDE Y EL ABUSO CON MEDICAID:.....	51
FRAUDE, ABUSO Y SOBREPAGO EN EL PROGRAMA DE MEDICAID	51
ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN DE PERSONAS	52
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	52
OBTENER MÁS INFORMACIÓN	53
SECCIÓN 19: RECURSOS ADICIONALES.....	53
FLORIDAHEALTHFINDER.GOV	53
UNIDAD DE VIVIENDA PARA PERSONAS MAYORES.....	54
INFORMACIÓN DE MEDIKIDS	54
CENTRO DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS.....	54
PROGRAMA DE APOYO AL CONSUMIDOR INDEPENDIENTE	54
SECCIÓN 20: FORMULARIOS	55
TESTAMENTO VITAL	55
DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.....	57
<i>Designación de representante de atención médica para menores</i>	<i>57</i>
<i>Designación de representante de atención médica.....</i>	<i>59</i>
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....	62

Bienvenido al plan estatal de atención administrada de Medicaid de Community Care Plan

Community Care Plan tiene un contrato con Florida Agency for Health Care Administration (Agencia) para brindar servicios de atención médica a personas con Medicaid. el **Programa estatal de atención administrada de Medicaid** (SMMC, por sus siglas en inglés). Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de atención médica para satisfacer sus necesidades.

El programa SMMC ofrece muchos tipos de servicios de Medicaid. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un plan **de Asistencia Médica Administrada** (MMA, por sus siglas en inglés). Si es una persona mayor o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios en un centro de enfermería, en el hogar y en la comunidad con un plan **de Atención a Largo Plazo** (LTC, por sus siglas en inglés). Si tiene una determinada afección médica, como el sida, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades en un plan **especializado**.

Si su hijo está inscrito en el programa Florida KidCare **MediKids**, la mayor parte de la información de este manual se aplica a usted. Le informaremos si algo no se aplica.

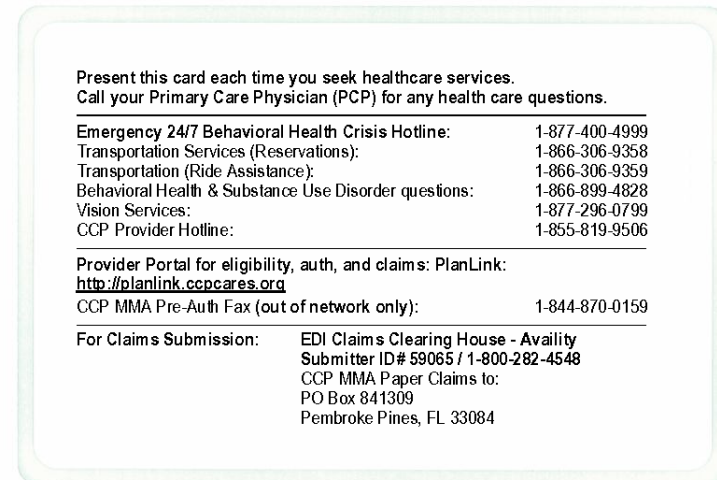
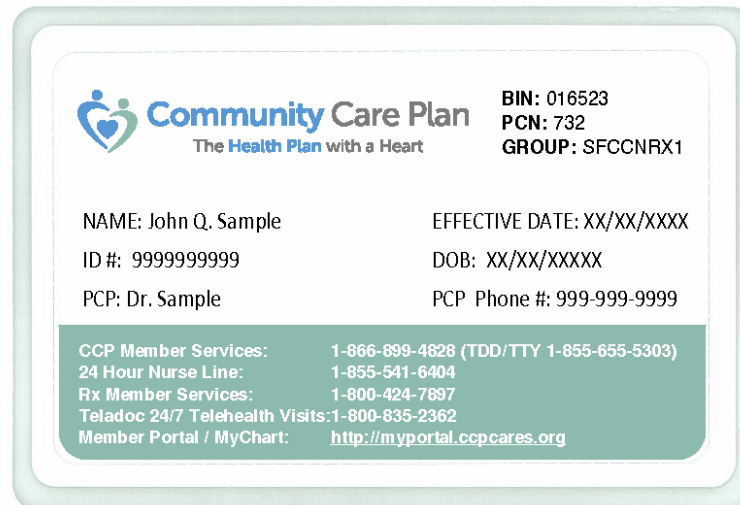
Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, simplemente llámenos al 1-866-899-4828.

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

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

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya a una cita médica o al hospital. Nunca le dé su tarjeta de identificación a otra persona para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación se verá así:



Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Tiene derechos cuando se trata de proteger su información de salud, como su nombre, número de identificación del plan, raza, etnia y otras cosas que lo identifican. No compartiremos ninguna información médica sobre usted que la ley no permita compartir.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados. Nuestras políticas de privacidad y protecciones son las siguientes:

Community Care Plan nunca divulgará sus antecedentes sin su consentimiento por escrito. Las únicas personas que tendrán su información serán sus médicos y su representante. El personal de Community Care Plan ha recibido capacitación sobre cómo mantener su información privada.

Sección 3: Cómo obtener ayuda de nuestros Servicios para afiliados

Nuestro departamento de Servicios para afiliados puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), averiguar si un servicio está cubierto, obtener derivaciones, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio que podría afectar a sus beneficios o los de su familia.

Cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados

Llame al 1-866-899-4828 o al 1-855-655-5303 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto los feriados aprobados por el estado (como Navidad y Día de Acción de Gracias). Cuando llame, tenga a mano su tarjeta de identificación para que podamos ayudarlo. (Si pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, llame a Servicios para afiliados).

Cómo comunicarse con Servicios para afiliados fuera del horario de atención

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra línea de ayuda de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-855-541-6404. Nuestros enfermeros están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Tenemos personas que nos ayudan a comunicarnos con usted en su idioma. Este servicio es gratuito.

Para personas con discapacidad: Si necesita ayuda adicional porque usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas para oír o entender, comuníquese con nosotros. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o dispositivos para la comunicación. Además, contamos con servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para oír o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporcione nuestro número de teléfono de Servicios para afiliados. 1-866-899-4828. Ellos lo conectarán con nosotros
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille
- Ayuda para hacer o conseguir citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios son gratuitos.

Sección 5: Cambio de información

Si alguno de sus datos personales cambia, infórmenos lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para afiliados. Necesitamos poder comunicarnos con usted en relación con sus necesidades de atención médica.

También debe informar los cambios de nombre, dirección, condado o número de teléfono al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés). Llame sin cargo al 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 realizar los cambios en línea en su cuenta de Conexión comunitaria automatizada para la autosuficiencia económica (ACCESS, por sus siglas en inglés) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. Si recibe un Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) para informar los cambios. Llame sin cargo a la SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o realizar cambios en línea en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Requisitos para Medicaid

Debe tener cobertura de Medicaid y estar afiliado a nuestro plan para <Community Care Plan> pagar servicios de atención médica y sus citas de salud. A esto se le llama tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid al DCF.

A veces, las cosas en su vida pueden cambiar, y estos cambios pueden afectar a su elegibilidad para Medicaid. Es muy importante asegurarse de tener Medicaid antes de ir a cualquier cita. El hecho de que tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que siga teniendo Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su cobertura de Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta al respecto, llame a Servicios para afiliados. Podemos ayudarlo a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su cobertura de Medicaid y la recupera dentro de los 180 días, se lo volverá a inscribir 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), y proporcionele al proveedor su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Si está embarazada

Si tiene un bebé, este estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicios para afiliados para informarnos que su bebé nació, y lo ayudaremos a asegurar que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Para asegurarse de que su bebé tenga Medicaid, es conveniente que nos informe que está embarazada **antes** del nacimiento. Llame sin cargo al DCF al 1-866-762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el DCF, comuníquese con nosotros. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Le darán un número de Medicaid para su bebé. Infórmenos el número de Medicaid del bebé cuando lo tenga.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se afilia a nuestro plan por primera vez, tiene 120 días para probarlo. Si no le gusta por algún motivo, puede inscribirse en otro plan SMMC en la misma región. Una vez transcurridos esos 120 días, estará inscrito en nuestro plan por el resto del año. Esto se llama estar **fijo** en un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días en los que podrá cambiar su plan si lo desea. Esto se llama **período de inscripción abierta**. Su período de inscripción abierta se basa en el lugar donde vive en Florida. El agente de inscripción del estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

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

Inscripción en el Programa de atención a largo plazo de SMMC

El programa de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) de SMMC brinda servicios de centros de enfermería y atención en el hogar y en la comunidad para ancianos y adultos (de 18 años o más) con discapacidades. Los servicios basados en la comunidad y en el hogar ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas; ayuda con las compras; o supervisión.

Pagamos por los servicios que se brindan en el centro de enfermería. Si vive en un centro de enfermería de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa LTC. Si no sabe o cree que no está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios para afiliados. Podemos ayudarlo.

El programa LTC también brinda ayuda a los que viven en su hogar. Pero la disponibilidad de estos servicios en el hogar es limitada, por lo que antes de que pueda recibir estos servicios, debe hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se llama una evaluación. Los Centros de Recursos para Personas Mayores y Personas con Discapacidad (ADRC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores realizan estas evaluaciones. Una vez que se complete la evaluación, el ADRC le notificará sobre su ubicación en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no está en la lista de espera. Si lo colocan en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación y Revisión Integral para Servicios de Atención a Largo Plazo (CARES) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores le pedirá que brinde más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Algunos afiliados no tienen que completar el proceso de selección ni la lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa LTC. Para obtener más información sobre las excepciones de detección en el Programa LTC, visite la página web de la Agencia en https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/lrc_scrn.shtml.

Por ejemplo:

1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años?
2. ¿Tiene una enfermedad crónica debilitante o una afección de uno o más sistemas fisiológicos u orgánicos?
3. ¿Necesita supervisión o intervención médica, servicios de enfermería o de salud las 24 horas del día?

Si respondió “sí” a las tres preguntas, puede comunicarse con Community Care Plan para solicitar una evaluación para el programa LTC. Una vez que esté inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que continúe cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

Puede encontrar el número de teléfono de su ADRC local utilizando el siguiente mapa. También pueden ayudar a responder cualquier otra pregunta que 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)

PSA 1
Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.
5090 Commerce Park Cir.
Pensacola, FL 32505
(850) 494-7101
www.nwflaaa.org

PSA 2
Advantage Aging Solutions
2414 Mahan Dr.
Tallahassee, FL 32308
(850) 488-0055
www.aanf.org

PSA 3
Elder Options
100 S.W. 75th St., Ste. 301
Gainesville, FL 32607
(352) 378-8849
www.agingresources.org

PSA 4
Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Rd.
Jacksonville, FL 32257
(904) 391-8800
www.myeldersource.org

PSA 5
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

PSA 6
Senior Connection Center, Inc
8928 Brittany Way
Tampa, FL 33619
(813) 740-3888
www.seniorconnectioncenter.org

PSA 7
Senior Resource Alliance
3319 Maguire Blvd., Ste. 100
Orlando, FL 32803
(407) 514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8
Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc.
2830 Winkler Ave, Ste. 112
Fort Myers, FL 33916
(239) 652-6900
www.aaswfl.org

PSA 9
Area Agency on Aging of Palm Beach/Treasure Coast, Inc.
4400 N. Congress Ave.
West Palm Beach, FL 33407
(561) 684-5885
www.youragingresourcecenter.org

PSA 10
Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc.
5300 Hiatus Rd.
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11
Alliance for Aging, Inc.
780 N.W. 107th Ave., Ste. 214,
2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 870-8500
www.allianceforaging.org

Sección 8: Baja de nuestro plan (desafiliación)

Darse de baja de un plan se denomina **desafiliarse**. Por ley, no hay posibilidad de darse de baja ni cambiar de plan mientras tenga un plan fijo, excepto por razones específicas. Si desea darse de baja mientras esté en un plan fijo, llame al agente de inscripción del estado para ver si se le permitiría hacer una modificación.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **desafiliación con causa**)¹:

- No cubrimos un servicio por motivos morales o religiosos

¹ Para obtener la lista completa de motivos de desafiliación con causa, consulte la norma administrativa de Florida 59G-8.600:

www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED_CARE&ID=59G-8.600

- Vive y obtiene sus servicios de atención a largo plazo de un centro de vida asistida, un hogar de cuidado familiar para adultos o un proveedor de un centro de enfermería que solía estar en nuestra red pero que ya no lo está

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos si ha completado nuestro proceso de quejas y apelaciones²:

- Recibe una atención de mala calidad, y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber revisado sus registros médicos
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero sí a través de otro
- Sus servicios se retrasaron sin un buen motivo

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 o al agente de inscripción del estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

² Para obtener información sobre cómo realizar una apelación, consulte la Sección 15, Satisfacción de los afiliados, en la página 43.

Eliminación de nuestro plan (desafiliación involuntaria)

La Agencia puede eliminarlo de nuestro plan (y, a veces, del programa SMMC por completo) por ciertas razones. Esto se llama **desafiliación involuntaria**. Entre las razones se incluyen las siguientes:

- Pierde su cobertura de Medicaid
- Se muda fuera de donde operamos o fuera del estado de Florida
- Usa su tarjeta de identificación del plan de forma incorrecta a sabiendas o permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan
- Falsifica o adultera recetas
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta brindarle atención
- Usted está en el programa LTC y vive en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no es como un hogar y no se mudará a un centro que sea como un hogar³

Si la Agencia lo elimina de nuestro plan porque infringió la ley o por su comportamiento, no puede volver al programa SMMC.

Sección 9: Administración de su atención

Si tiene una afección médica o una enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos lo ayudará a obtener los servicios que necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para administrar su atención médica. Si le proporcionamos un administrador de casos y no desea uno, llame a Servicios para afiliados para informarnos.

Si está en el programa LTC, le asignaremos un administrador de casos. Ya que debe tener uno si está en este programa. Su administrador de casos es su persona de referencia y es responsable de **coordinar su atención**. Esto significa que es la persona que lo ayudará a determinar qué servicios de LTC necesita y cómo obtenerlos.

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

Cambio de administradores de casos

Si desea elegir otro administrador de casos, llame a Servicios para afiliados. Puede haber momentos en los que tengamos que cambiar su administrador de casos. Si necesitamos hacer esto, le enviaremos una carta para informarle, y es posible que lo llamemos.

³ Esto es solo para los inscritos en el programa de atención a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios para afiliados o a su administrador de casos.

Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos

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

- No te gusta un servicio
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios
- Sus servicios no están bien
- Obtiene un nuevo seguro de salud
- Va al hospital o a la sala de emergencias
- Su cuidador ya no puede ayudarlo
- Su situación de vida cambia
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambia

Solicitud para suspender sus servicios

Si algo cambia en su vida y necesita suspender su(s) servicio(s) por un tiempo, infórmelo a su administrador de casos. Este le pedirá que complete y firme un Formulario de Consentimiento para Suspensión Voluntaria para suspender sus servicios.

Sección 10: Acceso a servicios

Antes de que reciba un servicio o vaya a una cita de atención médica, debemos asegurarnos de que necesita el servicio y que es médicamente adecuado para usted. Esto se llama **autorización previa**. Para hacer esto, analizamos su historia clínica y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Luego decidiremos si ese servicio puede ayudarlo. Usamos las normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores en nuestro plan

En su mayor parte, debe usar los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos. Puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se llama **libertad de elección**. Si usa un proveedor de atención médica que no está en nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o servicio.

Encontrará la lista de proveedores que están en nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia del directorio de proveedores, llame al 1-866-899-4828 para obtener una copia o visite nuestro sitio web www.ccpcare.org.

Si está en el programa LTC, su administrador de casos es la persona que lo ayudará a elegir un proveedor de servicios que esté en nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que elija un proveedor de servicios, lo contactarán para comenzar sus servicios. 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 atención médica y otras partes de su vida.

Proveedores que no están en nuestro plan

Hay algunos servicios que puede obtener de proveedores que no están en nuestra red de proveedores. Estos servicios son:

- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para mujeres, como exámenes mamarios, 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, lo ayudaremos a encontrar uno que no esté en nuestra red. Recuerde consultarnos primero antes de usar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene alguna consulta, llame a Servicios para afiliados.

Pago de sus servicios odontológicos

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios odontológicos, pero Community Care Plan puede también cubrir algunos. La siguiente tabla lo ayudará a comprender qué plan paga por un servicio.

Tipo de servicio(s) odontológico(s):	Coberturas del plan odontológico:	Coberturas del plan médico:
Servicios odontológicos	Cubierto cuando ve a su dentista o higienista dental	Cubierto cuando ve a su médico o enfermero
Servicios odontológicos programados en un hospital o centro quirúrgico	Servicios odontológicos proporcionados por su dentista cubiertos	Cubierto para médicos, enfermeras, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema odontológico	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Medicamentos recetados para una visita o problema odontológico	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Traslado a su servicio odontológico o cita	<i>No cubierto</i>	Cubierto

Comuníquese con Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 para obtener ayuda con la organización de estos servicios.

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que deba pagar por citas o servicios que no están cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos proporcionar en el programa de Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde, el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo necesite. Es posible que deba pagar los servicios si no lo aprobamos primero.

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

Servicios para niños⁴

Debemos brindar todos los servicios médicamente necesarios para nuestros afiliados que tienen entre 0 y 20 años de edad. Esta es la regla. Y es aplicable incluso si no cubrimos un servicio o el servicio tiene limitaciones. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- - No tienen ninguna limitación de costos; o
- - No tienen límite de tiempo, es decir límite de horas o días

Es posible que su proveedor deba solicitar nuestra aprobación antes de prestarle servicios a su hijo. Llame a Servicios para afiliados si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios cubiertos por el sistema de entrega de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de Community Care Plan

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios en lugar de Community Care Plan:

- ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO (BA)
- PROGRAMA DE COMPATIBILIDAD CERTIFICADA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO (CHD)
- PRESUPUESTO INDIVIDUAL (IBUDGET) PARA DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO, EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
- DISAUTONOMÍA FAMILIAR (FD), EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
- MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL FACTOR DE HEMOFILIA
- SERVICIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES (ICF/IID)
- PROGRAMA DE COMPATIBILIDAD CON ESCUELAS CERTIFICADAS POR MEDICAID (MCSM)
- MODELO DE EXENCIÓN DE SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
- SERVICIOS DE AUDICIÓN PARA RECIÉN NACIDOS
- ATENCIÓN EXTENDIDA PEDIÁTRICA PRESCRIPTA
- PROGRAMA DE IGUALACIÓN DEL CONDADO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Esta página web de la Agencia brinda detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y cómo acceder a ellos:

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

⁴ También denominado requisitos de “examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos” o “EPSDT” (por sus siglas en inglés).

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio por motivos religiosos o morales, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al agente de inscripción del estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970). El agente de inscripción lo ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Elección de un proveedor de atención primaria (PCP)

Si tiene Medicare, comuníquese al número que figura en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, un enfermero o un asistente médico. Se comunicará con su PCP para hacer una cita para servicios tales como chequeos regulares, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también lo ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. Esto se llama **derivación**. Puede elegir su PCP llamando a Servicios para afiliados.

Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia o el mismo para todos. Si no elige un PCP, le asignaremos uno para usted y su familia.

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

Elección de un PCP para su hijo

Puede elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Podemos ayudarlo con esto si llama a Servicios para afiliados. Si no elige un PCP para cuando nazca su bebé, elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el PCP de su bebé, comuníquese con nosotros.

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que reciba sus visitas de control cada año. Las visitas de niños sanos son para beneficiarios de 0 a 20 años. Estas visitas son controles regulares que ayudan al PCP y a usted a saber qué está pasando con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir inyecciones (vacunas) en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener saludable a su hijo⁵.

⁵ Para obtener más información sobre las pruebas de detección y las evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las "Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva - Calendario de periodicidad" en [Calendario de periodicidad \(aap.org\)](http://www.aap.org).

Puede llevar a su hijo a un pediatra, proveedor de medicina familiar u otro proveedor de atención médica.

No necesita una derivación para visitas a niños sanos. Además, no hay cargo por las visitas a niños sanos.

Atención especializada y derivaciones

A veces, es posible que necesite ver a un proveedor que no sea su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su PCP. Este lo derivará a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informarle sobre sus **derivaciones**. El administrador de casos trabajará con el especialista para brindarle atención.

Segundas opiniones

Tiene derecho a solicitar una **segunda opinión** sobre su atención médica. Esto significa hablar con otro proveedor para ver qué tienen que decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarlo a decidir si ciertos servicios o tratamientos son mejores para usted. Obtener una segunda opinión no tiene costo alguno.

Su PCP, administrador de casos o Servicios para afiliados pueden ayudarlo a encontrar un proveedor que le brinde una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, lo 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.

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 48 horas. Por lo general, su salud o su vida no están en peligro, pero no puede esperar para 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, los 7 días de la semana al 1-855-541-6404.

También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 o en el sitio web www.ccpcare.org y en nuestro directorio de proveedores.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o una estadía nocturna, su PCP lo programará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que vaya, excepto en

casos de emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con anticipación o se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, trabajará con usted y su proveedor para implementar los servicios cuando regrese a casa del hospital.

Atención de emergencia

Tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o herido que su vida o su salud corren peligro si no recibe ayuda médica de inmediato. Algunos ejemplos son:

- Huesos rotos
- Hemorragia que no para
- Está embarazada, en labor de parto o hemorragia
- Dificultad para respirar
- Pérdida repentina de la vista, la capacidad de moverse o el habla

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

Si su condición es grave, llame al 911 o vaya al centro de emergencia más cercano de inmediato. Puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PCP. Este le dirá qué hacer.

No es necesario que el hospital o centro esté en nuestra red de proveedores o área de servicio. Tampoco necesita obtener aprobación con anticipación para recibir atención de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios para afiliados cuando pueda y avísenos.

Medicamentos recetados

Cubrimos una gama completa de medicamentos recetados. Tenemos una lista de los medicamentos que cubrimos. la **Lista de Medicamentos Preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en <https://ccpcare.org/Members/Medicaid/Pharmacy> o llamando a Servicios para afiliados.

Cubrimos medicamentos de **marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes que los medicamentos de marca, pero suelen ser más baratos. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que necesitemos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de surtir 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 su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar ocasionalmente, pero le informaremos si eso ocurre.

Información sobre farmacia de especialidad

Community Care Plan utiliza Magellan RX Specialty para surtir medicamentos especializados. Si tiene preguntas o desea utilizar otra farmacia de nuestra red para surtir sus medicamentos especializados, llame a Magellan Specialty al 1-866-554-2673.

Servicios de salud conductual

Hay momentos en los que puede necesitar hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Se siente triste todo el tiempo
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar
- Se siente inútil
- Tiene dificultades para dormir
- No tiene ganas de comer
- Consume alcohol o drogas
- Tiene problemas en su matrimonio
- Tiene preocupaciones de padre

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudarlo con los problemas que enfrenta. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para programar una cita. Para encontrar un proveedor de salud conductual:

- Llame a Community Care Plan al 1-866-899-4828
- Busque en nuestro directorio de proveedores, o
- visite nuestro sitio web: www.ccpcares.org

Estamos para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una derivación de su PCP para los servicios de salud conductual.

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame al 911.

También puede ir a la sala de emergencias o centro para 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. Haga un seguimiento con su proveedor dentro de las 24-48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, coordinaremos su traslado a un hospital o proveedor que esté en la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programas de recompensas para afiliados

Ofrecemos programas para ayudarlo a mantenerse saludable y vivir una vida más sana (como perder peso o dejar de fumar). A estos los llamamos **programas para fomentar conductas saludables**. Puede ganar recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

- Clases para dejar de fumar
- Pérdida de peso
- Recuperación tras el abuso de alcohol y sustancias

Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si deja nuestro plan por más de 180 días, es posible que no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o desea participar en alguno de estos programas, llámenos al 1-866-899-4828.

Programas de manejo de enfermedades

Contamos con programas especiales que lo ayudarán si tiene alguna de estas condiciones.

Cáncer: El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Diabetes: El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Asma: El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Presión arterial alta (hipertensión): El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Salud conductual: Un administrador de casos de salud del comportamiento brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas.

Uso de sustancias: Un administrador de casos de salud del comportamiento brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas.

VIH/sida: El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF): El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Anemia falciforme: El personal de manejo de enfermedades de CCP brinda educación, apoyo, recursos comunitarios y comunicación con su médico y otros especialistas. Su PCP puede derivarlo a manejo de enfermedades. Usted o un ser querido también pueden autoderivarse llamando a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828, TTY/TDD 1-855-655-5303. Puede pedir hablar con un administrador de casos. Si califica, puede optar por inscribirse o cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento llamando a Servicios para afiliados.

Cuestiones relacionadas con el final de la vida, incluida la información sobre directivas anticipadas

Nuestro personal puede ayudar a educar a los afiliados y sus familias sobre el valor de una directiva anticipada, cómo obtener una y con quién pueden considerar compartir su directiva anticipada. Si usted o un ser querido creen que pueden ayudar, llame a nuestro departamento de Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 TTY/TDD 1-855-655-5303 para obtener más información. Puede pedir hablar con un administrador de casos.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que reciba atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Estos programas son:

- Programas para niños: servicios de bienestar y prevención
- Violencia doméstica: derivación a agencias comunitarias
- Prevención del embarazo: disponible para todas las afiliadas

- Programa de ayuda prenatal/posparto: nuestro programa ayuda a las afiliadas embarazadas de CCP con todo, desde encontrar un médico hasta planificar el parto, suministros para bebés y más. Llámenos al 1-866-899-4828 para los siguientes fines:
 - Encontrar un médico para usted y su bebé
 - Hacer citas tempranas de atención prenatal y posparto
 - Obtener datos educativos e información sobre el cuidado de su bebé, la seguridad y la lactancia
 - Conseguir transporte
 - Obtener suministros para bebés, alimentos, clases prenatales, vivienda y ayuda para amamantar
 - Planificar el parto
- Servicios de Healthy Start: administración y coordinación de casos para mujeres embarazadas y sus bebés.
- Evaluación/asesoramiento nutricional
- Programas de salud conductual

Puede acceder a estos programas llamando a Community Care Plan al 1-866-899-4828 y a través de un administrador de casos.

También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que cree que deberíamos hacer.

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

Sección 12: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada

La siguiente tabla enumera los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Recuerde que es posible que necesite una derivación de su PCP o nuestra aprobación antes de ir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos⁶.

Es posible que haya algunos servicios que no cubramos pero que Medicaid pueda cubrir. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a la línea de ayuda de Medicaid de la agencia al 1-877-254-1055. Si necesita que lo lleven a cualquiera de estos servicios, podemos ayudarlo. Puede llamar a ModivCare al 1-866-306-9358 para programar un viaje.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que lo afectarán, se lo notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha del cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para afiliados.

⁶ Puede encontrar la definición de necesidad médica en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de centros de recepción de personas con adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas o el alcohol	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Se necesita aprobación del plan
Servicios para el tratamiento de la alergia	Servicios para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son causados por una enfermedad	Cubrimos pruebas de alergia en la sangre o en la piel y hasta 156 dosis por año de vacunas contra la alergia Sin copago	Se necesita aprobación del plan
Servicios de traslado en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando necesita atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o apoyo especial cuando es transportado entre instalaciones	Cubierto como médicamente necesario	No se necesita aprobación del plan
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Los servicios de ambulancia son para cuando necesita atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o apoyo especial cuando es transportado entre instalaciones	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Se necesita aprobación del plan
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Cirugías y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (ambulatorio)	Cubierto como médicamente necesario	Se necesita aprobación del plan
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante la cirugía u otros procedimientos médicos	Cubierto como médicamente necesario	No se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de atención asistida	Servicios brindados a adultos (mayores de 18 años) que ayudan con las actividades de la vida cotidiana y la toma de medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicios al año	No se requiere autorización previa cuando los servicios se prestan en un centro de vida asistida, un hogar de cuidado familiar para adultos o un centro de tratamiento residencial
Servicios de evaluación de la salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de la salud conductual	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación por año - Hasta 150 minutos de breves evaluaciones del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día) Sin copago	No se necesita autorización para las primeras 15 horas
Servicios de cobertura de salud conductual	Servicios de salud conductual proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios al año, incluida la terapia, los servicios de apoyo y la planificación de cuidados posteriores	Se necesita aprobación del plan para ciertos servicios
Servicios cardiovasculares	Servicios para tratar el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas cardíacas - Procedimientos quirúrgicos cardíacos - Dispositivos cardíacos - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para ciertos servicios invasivos.
Manejo de casos específicos de salud infantil	Servicios brindados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarlos a obtener atención médica y otros servicios	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del departamento de salud	No se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, los músculos y los órganos	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - 24 visitas de pacientes establecidas por año, por afiliado - Rayos X - Sin copago 	Plan OK Necesario después de 24 visitas por año, hasta un máximo de 37 visitas.
Servicios clínicos	Servicios de atención médica brindados en un departamento de salud del condado, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural	Sin copago	No se necesita aprobación del plan
Servicios de la unidad para estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se proporcionan en un centro que no es un hospital regular	- Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros de diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico de cabecera: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos de hemodiálisis Tratamientos de diálisis peritoneal 	Se necesita aprobación del plan
Servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se usa una y otra vez e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos destinados a usarse una sola vez y luego desecharse	Se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame al 1-866-899-4828 para obtener más información.	Se requiere autorización previa para algunos equipos médicos duraderos y suministros médicos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos en el desarrollo y otras afecciones	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial de por vida realizada por un equipo - Hasta 3 evaluaciones por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana 	No se necesita aprobación del plan
Servicios de traslado de emergencia	Traslado en ambulancias o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital debido a una emergencia	Cubierto como medicamento necesario	No se necesita aprobación del plan
Servicios de evaluación y gestión	Servicios de visitas al médico para mantenerse saludable y prevenir o tratar enfermedades	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Un examen de salud para adultos (chequeo) por año - Las visitas de niño sano se proporcionan según la edad y las necesidades de 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 afecciones - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas al año - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan por hasta 9 horas
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o padecimientos del estómago o del sistema digestivo	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como medicamento necesario - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para procedimientos invasivos.

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o padecimientos de los genitales o del sistema urinario	Cubrimos: - Cubierto como médicamente necesario - Sin copago	Se necesita aprobación del plan para procedimientos invasivos.
Servicios de terapia	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de la salud mental	Cubrimos: - Hasta 39 horas al año - Sin copago	No se necesita aprobación del plan por hasta 9 horas
Servicios auditivos	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas con su audición. Incluye audífonos y reparaciones	Cubrimos pruebas de audición y lo siguiente según lo prescrito por su médico: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído cada 3 años - Reparaciones	Se necesita aprobación del plan para implantes cocleares.
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica brindados en su hogar para ayudarlo a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión	Cubrimos: - Hasta 4 visitas por día para beneficiarias embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años - Hasta 3 visitas por día para todos los demás beneficiarios - Sin copago	Se necesita aprobación del plan
Servicios de cuidados paliativos	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están al final de sus vidas para ayudarlos a mantenerse cómodos y sin dolor. También hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores	- Cubierto como médicamente necesario - Copago: Consulte la información sobre responsabilidad del paciente para obtener información sobre copagos; es posible que usted sea responsable por los servicios de cuidados paliativos, ya sea que viva en su casa.	Se necesita aprobación del plan
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individuales con un profesional de la salud mental	Cubrimos: - Hasta 26 horas al año - Sin copago	No se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital. Puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se usan para tratarlo	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados según la edad y la situación: - Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (se cubren días adicionales para emergencias)	Se necesita aprobación del plan
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o padecimientos de la piel		Se necesita aprobación del plan para procedimientos invasivos.
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan la sangre, la orina, la saliva u otros elementos del cuerpo en busca de afecciones, enfermedades o padecimientos	- Cubierto como medicamento necesario - Sin copago	Se necesita aprobación del plan para pruebas genéticas.
Servicios de atención médica para niños en hogares de acogida	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida	Deben estar bajo la custodia del Departamento de niños y familias	No se necesita aprobación del plan
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas	- Cubierto como medicamento necesario - Sin copago	No se necesita aprobación del plan
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones para tomar medicamentos	- Cubierto como medicamento necesario - Sin copago	No se necesita aprobación del plan
Manejo de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a obtener atención médica y de salud conductual a personas con enfermedades mentales	Cubierto como medicamento necesario	No se necesita aprobación del plan
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o padecimientos del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso	- Cubierto como medicamento necesario - Sin copago	Se necesita aprobación del plan para algunos procedimientos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de traslado que no son de emergencia	Traslado hacia y desde todas sus citas médicas. Puede ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículos	Cubrimos los siguientes servicios para los beneficiarios que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> - Viajes fuera del estado - Traslados entre hospitales o centros - Acompañantes cuando sea médicamente necesario - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan
Servicios de centros de enfermería	Atención médica o atención de enfermería que recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Puede ser una estancia para rehabilitación a corto o a largo plazo	Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sea médicamente necesario Copago: Consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener más detalles sobre el copago de alojamiento y comida	Se necesita aprobación del plan
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa	Cubrimos para personas de 0 a 20 años y para adultos por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1500: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial para personas en silla de ruedas cada 5 años Cubrimos para personas de todas las edades: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento para personas en sillas de ruedas, una en el momento del parto y otra 6 meses después 	Se necesita aprobación del plan
Servicios de cirugía bucal	Servicios de extracciones de dientes y para tratar otras afecciones, enfermedades o padecimientos de la boca y la cavidad oral	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como médicamente necesario - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para algunos procedimientos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o padecimientos de los huesos o las articulaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como médicamente necesario - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para procedimientos invasivos y servicios de imágenes avanzadas (como resonancia magnética o tomografía computarizada)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital pero no se queda a pasar la noche. Puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se usan para tratarlo	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de emergencia están cubiertos según sea médicamente necesario - Los servicios que no son de emergencia no pueden costar más de \$1500 por año para beneficiarios mayores de 21 años - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para algunos procedimientos invasivos y observación hospitalaria durante la noche
Servicios de control del dolor	Tratamientos para el dolor prolongado que no mejora después de que se hayan brindado otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como médicamente necesario. Se pueden aplicar algunos límites de servicio - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para procedimientos invasivos
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que su cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión, enfermedad o a causa de una afección médica	<p>Cubrimos para personas de 0 a 20 años y para adultos por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1500:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial para personas en silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento para personas en sillas de ruedas, una en el momento del parto y otra 6 meses después 	Se necesita aprobación del plan, excepto para la evaluación inicial y reevaluaciones

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de pies y uñas - Radiografías y otras imágenes del pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna - Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para cirugía invasiva
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para medicamentos recetados por un médico u otro proveedor de atención médica	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta un suministro de medicamentos para 34 días, por receta Recargas, según lo prescrito	Algunos medicamentos requieren autorización previa. Todos los medicamentos cubiertos tienen un copago de \$0.
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería prestados en el hogar a personas de 0 a 20 años que necesitan cuidados constantes	Cubrimos: Hasta 24 horas al día	Se necesita aprobación del plan
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, coeficiente intelectual u otras áreas	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - 10 horas de pruebas psicológicas al año - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas del hogar	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 480 horas al año - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan por hasta 240 horas
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. También incluyen rayos x portátiles	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como medicamento necesario - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para imágenes avanzadas como resonancia magnética o tomografía computarizada. No se necesita aprobación del plan para radiografías

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios del centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios prestados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que cuentan con centros de atención especiales para el manejo de afecciones graves	Cubierto como médicamente necesario	No se necesita aprobación del plan
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o quieren quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que brindan medicamentos y anticonceptivos para ayudarla a planificar el tamaño de su familia	Cubrimos los servicios de planificación familiar. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no es necesario que sean parte de nuestro plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si es menor de 18 años.	No se necesita aprobación del plan
Servicios respiratorios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o padecimientos de los pulmones o del sistema respiratorio	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Manejo de dispositivos respiratorios - Sin copago 	Se necesita aprobación del plan para algunos dispositivos y procedimientos invasivos.
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarlos a respirar mejor mientras reciben tratamiento por una afección o enfermedad respiratoria	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación de la terapia cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (máximo de 60 minutos por día) 	Se necesita aprobación del plan, excepto para la evaluación inicial y reevaluaciones.
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por uso de sustancias	Cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios de acogida - Servicios de hogar grupal 	Se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de logopedia	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor	Cubrimos los siguientes servicios para menores de 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial por año Cubrimos los siguientes servicios para adultos: Una evaluación de comunicación cada 5 años	Se necesita aprobación del plan, excepto para la evaluación inicial y reevaluaciones
Servicios del programa psiquiátrico para pacientes internados en todo el estado	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	Cubierto como médicamente necesario para beneficiarios de 0 a 20 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios conductuales terapéuticos en el lugar	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que las personas de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internadas en un hospital u otro centro	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 9 horas al mes - Sin copago 	No se necesita aprobación del plan
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y atención pre y posquirúrgica	Cubierto como médicamente necesario	Se necesita aprobación del plan
Servicios de ayuda visual	Las ayudas visuales son artículos tales como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (falsos)	Cubrimos los siguientes servicios cuando los prescribe su médico: <ul style="list-style-type: none"> - Dos pares de anteojos para beneficiarios de 0 a 20 años - Lentes de contacto Ojos protésicos	Llame a 20/20 al 1-877-296-0799 para obtener autorización
Servicios de atención visual	Servicios para examinar y tratar afecciones, enfermedades y padecimientos de los ojos	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto como médicamente necesario - Sin copago 	Llame a 20/20 al 1-877-296-0799 para obtener autorización

Los beneficios de su plan: Ampliación de beneficios

La ampliación de beneficios consiste en bienes o servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Llame a Servicios para afiliados para preguntar sobre cómo obtener la ampliación de beneficios.

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Equinoterapia	La equinoterapia incluye interacciones entre el afiliado y los caballos para ayudar a mejorar la conducta y las emociones.	Hasta 10 sesiones de tratamiento de terapia por año para mayores de 21 años. Una evaluación/reevaluación por año.	Se necesita aprobación del plan
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa	Hasta 7 unidades de tratamientos de terapia por semana para mayores de 21 años. Una evaluación/reevaluación por año	Se necesita aprobación del plan
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que su cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión, enfermedad o a causa de una afección médica.	Hasta 7 unidades de tratamientos de terapia por semana para mayores de 21 años. Una evaluación/reevaluación por año	Se necesita aprobación del plan
Servicios auditivos	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas con su audición. Incluye audífonos y reparaciones.	Comuníquese con Servicios para afiliados para obtener más información al 1-866-899-4828 El servicio es para mayores de 21 años	No se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios oftalmológicos	Las ayudas visuales son artículos como anteojos y lentes de contacto.	Lentes de contacto: suministro para 6 meses para mayores de 21 años Marcos: 1 por año para mayores de 21 años. También incluye un examen de la vista por año.	Llame a 20/20 iCare al 1-877-296-0799
Servicios prenatales	Servicios que aseguran que usted y su bebé estén saludables durante y después de su embarazo.	Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828. Se necesita aprobación del plan para el alquiler de extractores de leche de grado hospitalario.	Para obtener más información, llame a Servicios para afiliados al 1-866-899-4828.
Terapia respiratoria	Servicios para ayudarlo a respirar mejor mientras recibe tratamiento por una afección o enfermedad respiratoria	Uno (1) por día para mayores de 21 años. Una evaluación/reevaluación por año y un tratamiento por día.	Se necesita aprobación del plan
Logopedia	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor.	Hasta 7 unidades de tratamientos de terapia por semana. Una evaluación/reevaluación por año, una evaluación de la función de deglución oral y faríngea por año, una evaluación inicial de CAA por año, una reevaluación de CAA por año y hasta 4 sesiones de 30 minutos para visitas de adaptación, ajuste y capacitación en CAA.	Se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de atención primaria	Visitas de rutina o por enfermedad a su médico de atención primaria (PCP) para adultos mayores de 21 años	Visitas ilimitadas	No se necesita aprobación del plan
Circuncisión del recién nacido	Disponible a pedido durante la visita de hospitalización inicial y en los consultorios médicos dentro de las 12 semanas posteriores al nacimiento. Un límite de (1) de por vida.	Disponible dentro de las primeras (12) semanas del nacimiento. Una (1) de por vida.	No se necesita aprobación del plan
Servicios de doula	Una persona que no tiene relación con la medicina que se queda con usted y la ayuda antes, durante o después del parto.	Ilimitado por embarazo	No se necesita aprobación del plan
Servicios de atención domiciliaria médicamente relacionados/ trabajadora social	Servicio de ama de casa para necesidades médicas	Dos (2) limpiezas de alfombras/año para afiliados con asma	Se necesita aprobación del plan
Comidas a domicilio: después del alta del centro (hospital o centro de enfermería)	Entrega de comidas después de su estadía en el hospital	Diez (10) comidas al año	No se necesita aprobación del plan
Comidas a domicilio: preparación/socorro ante desastres	Entrega de comidas antes o después de un desastre natural	Uno (1) por año	No se necesita aprobación del plan
Visita domiciliaria por un trabajador social clínico	Servicios de un trabajador social clínico en un centro de atención domiciliaria o de cuidados paliativos.	48 visitas por año para mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Comidas y alojamiento: traslado no urgente, excusiones de un día	Para atención que no sea de emergencia cuando tenga que viajar una larga distancia.	\$150 por estadía	No se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Asesoramiento nutricional	Le proporciona información sobre el tipo correcto de alimentos que debe comer en función de sus necesidades de salud.	Ilimitado	Se necesita aprobación del plan
Clases de natación	Lecciones de prevención de ahogamiento	Los afiliados de hasta 11 años están cubiertos por hasta \$200 por año. Esto está limitado a 1000 inscritos por año.	Se necesita aprobación del plan
Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tosferina	Servicio preventivo	Una (1) vacuna por embarazo	No se necesita aprobación del plan
Vacuna contra la influenza	Servicio preventivo	Ilimitado	No se necesita aprobación del plan
Vacuna contra el herpes	Servicio preventivo	Uno (1) de por vida	No se necesita aprobación del plan
Vacuna contra la neumonía	Servicio preventivo	Ilimitado	No se necesita aprobación del plan
Sin copagos	Todos los servicios, incluida la salud conductual.	Mayores de 21 años	No se necesita aprobación del plan
Tratamiento asistido por medicamentos	Servicios contra el alcohol y las drogas; administración o servicio de metadona (suministro de la droga por un programa autorizado).	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Vacuna contra la hepatitis A	Servicio preventivo	Mayores de 21 años	No se necesita aprobación del plan
Asistencia para la vivienda	Vivienda asistida, por mes	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Transporte que no es de emergencia: fines no médicos	Transporte: cuestiones secundarias: aparcamientos, peajes, otros	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Terapia del arte	Terapia de actividad, como música, baile, arte o terapias de juego que no sean recreativas, relacionadas con la atención y el tratamiento de los problemas de salud mental incapacitantes del paciente, por sesión (45 minutos o más)	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Terapia asistida con animales	Terapia de actividades no recreativas relacionadas con la atención y el tratamiento de los problemas de salud discapacitantes del afiliado, por sesión (45 minutos o más)	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Cama de hospital	Equipo médico duradero	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Monitoreo de glucosa	Equipo médico duradero	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Extractor de leche	Equipo médico duradero	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios de evaluación	Exámenes y evaluaciones	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios diurnos de salud conductual/tratamiento diurno	Tratamiento diurno de salud conductual	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios de evaluación de salud conductual	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal)	Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal), servicios médicos de salud mental/salud conductual (interacción verbal), abuso de sustancias	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios médicos de salud conductual (administración de medicamentos)	Administración de medicamentos	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios médicos de salud conductual (detección de drogas)	Servicios médicos de salud conductual (Recolección de muestras para detección de alcohol y otras drogas)	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación psicosocial	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Tratamiento para el abuso de sustancias o servicios de desintoxicación (pacientes ambulatorios)	Servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias o desintoxicación	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Terapia (individual/familiar)	Terapia individual y familiar / Psicoterapia individual breve / Servicios de capacitación y educación relacionados con el cuidado y el tratamiento de los problemas de salud mental incapacitantes del paciente por sesión (45 minutos o más)	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de salud conductual en el lugar	Servicios conductuales terapéuticos en el lugar, manejo de la conducta	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Manejo de casos específicos	Manejo de casos específicos	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Acupuntura	Acupuntura	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Quiropráctica	Tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT)	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Terapia de masajes	Procedimiento terapéutico	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Tratamiento ambulatorio intensivo (salud conductual)	Servicios para el consumo de alcohol y drogas	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Equipo biométrico	Monitor de presión arterial	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Educación financiera	Coaching de vida para la gestión del dinero o la elaboración de presupuestos.	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Tutoría K-12	Servicios de tutoría para afiliados desde jardín de infantes hasta el grado 12.	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Servicios de telefonía celular	Teléfono móvil y minutos gratis	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Análisis cognitivo conductual computarizado	Evaluación e intervención del comportamiento de salud	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan
Terapia (grupal)	Terapia grupal/terapia médica grupal breve	Mayores de 21 años	Se necesita aprobación del plan

Sección 5: Satisfacción del afiliado

Quejas, reclamos y apelaciones del plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con la atención que recibe de nuestros proveedores. Háganos saber de inmediato si en algún momento no está satisfecho con algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una queja	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llámenos en cualquier momento al 1-866-899-4828 	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intentaremos resolver su problema en 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar un reclamo	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • escribirnos o llamarnos en cualquier momento. • llamarnos para solicitar más tiempo para resolver su reclamo si cree que eso ayudará. <p>Community Care Plan 1643 Harrison Parkway Suite H-200 Sunrise, FL 33323 Atención: Grievance & Appeals 1-866-899-4828</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • revisaremos su reclamo y le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 90 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos sobre sus derechos si no está de acuerdo.
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede solicitar una apelación	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • escribirnos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • pedir que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. <p>Community Care Plan 1643 Harrison Parkway Suite H-200 Sunrise, FL 33323 Atención: Grievance & Appeals 1-866-899-4828</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • lo ayudaremos a completar cualquier formulario. • revisaremos su apelación y le enviaremos una carta dentro de los 30 días para responderle.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida”	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • escribirnos o llamarnos dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. <p>Community Care Plan 1643 Harrison Parkway Suite H-200 Sunrise, FL 33323 Atención: Grievance & Appeals 1-866-899-4828</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le daremos una respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de su solicitud. • lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida y le enviaremos una carta dentro de los 2 días.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar 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 médica. • pedirnos una copia de su expediente médico. • pedir que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. <p><i>**Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder acceder a una audiencia imparcial de Medicaid.</i></p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le proporcionaremos traslado a la audiencia imparcial de Medicaid si es necesario. • reiniciaremos sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted. <p>Si continuó con sus servicios, es posible que le pidamos que pague por ellos si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida al plan

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

Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir una notificación de resolución de apelación al plan llamando o escribiendo a:

Agencia para la Administración de Atención Médica
Unidad de Audiencia Imparcial de Medicaid
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

- Su nombre
- Su número de afiliado
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde se le pueda localizar a usted o a su representante

También puede incluir la siguiente información si la tiene:

- Por qué cree que se debe cambiar la decisión
- Los servicios que cree que necesita
- Cualquier información médica para respaldar la solicitud
- A quién le gustaría ayudar con su audiencia imparcial

La Agencia le informará por escrito que ha recibido su solicitud de audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión que tomamos.

Si es afiliado de MediKids del Título XXI, no tiene derecho a una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión por parte del estado (para afiliados de MediKids)

Cuando solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisa la decisión tomada durante la apelación al plan. Puede solicitar una revisión por parte del estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir la notificación.

Primero debe finalizar el proceso de apelación.

Puede solicitar una revisión por parte del estado llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877 254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

La Agencia le informará por escrito que ha recibido su solicitud.

Continuación de beneficios para afiliados de Medicaid

Si en la actualidad recibe un servicio que va a ser reducido, suspendido o cancelado, tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio hasta que se tome una decisión final sobre su **apelación al plan o audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá cambios en ellos hasta que se tome una decisión final.

Si sus servicios continúan 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 representante legal que pague por los servicios.

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y solicitar la continuación de los servicios dentro del último de los siguientes plazos:

- 10 días después de recibir una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NABD), o
- el primer día en que sus servicios serán reducidos, suspendidos o cancelados o con anterioridad

Sección 16: Sus derechos como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado de un plan, también tiene ciertos derechos. Tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Ser tratado siempre con dignidad y esperar que se respete su privacidad
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención
- Saber qué servicios para afiliados están disponibles, incluso si puede contar con un intérprete si no habla inglés
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta
- Recibir información que sea fácil de entender sobre su diagnóstico, y discutir abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos lo ayudarán
- Participar en la toma de decisiones con el proveedor respecto de su atención médica, incluido el derecho a negarse a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Que le digan cuánto puede costar un servicio antes de recibirlo
- Obtener una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeoraría si no recibiera tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decidir si quiere participar en dicha investigación o no
- Presentar una denuncia cuando no se respeten sus derechos
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con el suyo (segunda opinión médica)

- Obtener una copia de su historia clínica y solicitar que se agregue o corrija la información en ella si es necesario
- Que sus registros médicos se mantengan en privado y se compartan solo cuando lo exija la ley o con su aprobación
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (directivas anticipadas)
- 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 en nuestra red
- Hablar libremente sobre su atención médica y sus inquietudes sin consecuencias
- Ejercer libremente sus derechos sin que el plan o los proveedores de su red lo traten mal
- Recibir atención sin temor a que se utilice cualquier forma de restricción o aislamiento como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y pedir que se modifiquen o corrijan

Los afiliados de LTC tienen derecho a:

- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Recibir servicios en un ambiente hogareño sin importar dónde viva
- Recibir información sobre cómo participar en su comunidad, establecer metas personales y cómo puede participar en ese proceso
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o el beneficio
- Elegir los programas en los que participa y los proveedores que le brindan atención

Sección 17: Sus obligaciones como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado de un plan, también tiene ciertas obligaciones. Usted tiene la obligación de:

- Dar información precisa sobre su salud al plan y a sus proveedores
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud
- Hablar con su proveedor para asegurarse de entender el procedimiento a seguir y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado, y hacer preguntas
- Mantener sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una
- Hacerse cargo de sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica
- Asegurarse de realizar el pago de los servicios no cubiertos que reciba
- Seguir las normas y reglamentos de conducta del centro de atención médica
- Tratar al personal de salud y al administrador de casos con respeto
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales
- Notificar a su administrador de casos si se produce algún cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y utilizarlo si es necesario para su seguridad
- Denunciar fraude, abuso y sobrepago

Los afiliados de LTC tienen las siguientes obligaciones:

- Informar a su administrador de casos si desean cancelar su inscripción en el programa de atención a largo plazo
- Aceptar y participar en la evaluación presencial anual, las visitas presenciales trimestrales y el contacto telefónico mensual con su administrador de casos

Sección 18: Otra información importante

Responsabilidad del paciente por la atención a largo plazo (LTC) o los servicios de cuidados paliativos

Si recibe LTC o servicios de cuidados paliativos, es posible que deba hacerse cargo de una "participación *en* el costo" de sus servicios cada mes. Esta participación *en* el costo se denomina "responsabilidad del paciente". El Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) le enviará una carta cuando sea elegible (o para informarle sobre cambios) para Medicaid LTC o servicios de cuidados paliativos. Esta carta se llama "Notificación de acción de caso" o "NOCA". La carta de NOCA le informará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagar al centro donde vive, si vive en un centro, de su participación en el costo por los servicios de LTC o cuidados paliativos.

Para obtener más información sobre la 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/service-programs/access/medicaid.shtml> (desplácese hacia abajo hasta la sección 'Medicaid for Aged or Disabled' [Medicaid para personas mayores o discapacitadas] y seleccione el documento titulado 'SSI-Related Fact Sheets' [Hojas informativas relacionadas con SSI]).

Protección del proveedor de atención médica indígena (IHCP)

Los indígenas están exentos de la distribución de costos por los servicios proporcionados o recibidos por un IHCP o derivación conforme a los servicios de salud contratados.

Plan de emergencia ante desastres

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

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

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

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie que no sean sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo u obsequios a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o las llamadas que no solicitó.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en textos o correos electrónicos que no solicitó, o en las plataformas de redes sociales.

Fraude, abuso y sobrepago en el programa de Medicaid

Para denunciar un posible fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame a la línea directa de Denuncias de Consumidores al 1-888-419-3456 o complete un formulario de denuncia de fraude y abuso de Medicaid, disponible en línea en:

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

También puede denunciar fraude y abuso directamente comunicándose con el oficial de cumplimiento de los planes al 1-954-622-3482 o escribiendo a la siguiente dirección:

Community Care Plan
ATT: Oficial de cumplimiento
1643 Harrison Parkway
Suite 200
Sunrise, FL 33323

Abuso, negligencia y explotación de personas

Nunca debe recibir maltrato. No está bien que alguien lo golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que está siendo maltratado o descuidado, puede llamar 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 más que esté siendo maltratado.

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

- Si está herido, llame a su PCP
- Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. Para obtener más información, consulte la sección denominada ATENCIÓN DE EMERGENCIA
- Elabore un plan para llegar a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar)
- Empaque un bolso pequeño y dáselo a un amigo para que se lo guarde

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a 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 verbal o por escrito sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo. Algunas personas elaboran directivas anticipadas cuando se enferman gravemente o están al final de sus vidas. Otras lo hacen cuando están sanas. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener y comprender estos documentos. Estos no modifican su derecho a beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que quiere si no puede hablar por sí mismo.

1. Testamento vital
2. Designación del representante de atención médica
3. Donación de órganos o tejido

Puede descargar un formulario de directivas anticipadas de este sitio web:

www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx.

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de casos, sepa que usted tiene directivas anticipadas y dónde se encuentran.

Si hay algún cambio en la ley sobre directivas anticipadas, se lo haremos saber dentro de los 90 días. No es necesario que tenga una directiva anticipada si no lo desea.

Si su proveedor no sigue sus directivas anticipadas, puede presentar una queja ante Servicios para afiliados al 1-866-899-4828 o ante la Agencia llamando al 1-888-419-3456.

Obtener más información

Tiene derecho a pedir información. Llame a Servicios para afiliados o hable con su administrador de casos sobre qué tipo de información puede recibir de forma gratuita. Algunos ejemplos son:

- Su registro de afiliado
- Una descripción de cómo operamos
- Cómo nos aseguramos de brindar el mejor servicio (Programa de mejora de la calidad [Quality Improvement Program])
- Cómo medimos la calidad de nuestros servicios (mediciones de desempeño)

<https://ccpcares.org/Members/Medicaid>

Sección 19: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de brindar “mejor atención médica para todos los floridanos”. Ha creado un sitio web, www.FloridaHealthFinder.gov, donde puede ver información sobre las agencias de salud en el hogar, 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 de licencia actualizada
- informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Mediciones de desempeño
- Folletos de educación al consumidor
- Testamento vital
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluidos los resultados de la encuesta de satisfacción de los afiliados

La Agencia recopila información de todos los planes sobre diferentes mediciones de desempeño sobre la calidad de la atención brindada por estos. Las mediciones permiten que el público comprenda qué tan bien satisfacen las necesidades de sus afiliados los planes. Para ver las calificaciones del plan, visite www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx. Puede optar por ver la información de un plan o de todos los planes a la vez.

Unidad de vivienda para personas mayores

La Unidad de vivienda para personas mayores brinda información y asistencia técnica a personas mayores y líderes comunitarios sobre viviendas asequibles y opciones de vida asistida. El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida mantiene un sitio web para obtener información sobre centros de vida asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de atención diurna para adultos y centros de enfermería en <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/housing.php>, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

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 personas mayores y discapacitadas

También puede encontrar información adicional y asistencia sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención del delito, planificación de ingresos u oportunidades educativas comunicándose con el Centro de recursos para personas mayores y discapacitadas.

Programa de apoyo al consumidor independiente

El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida también ofrece un programa de apoyo al consumidor independiente (ICSP, por sus siglas en inglés). El ICSP trabaja con el programa estatal del defensor del pueblo de atención a largo plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los afiliados de LTC tengan muchas formas de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a la línea de ayuda para personas mayores al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/smmcltc.php>.

Sección 20: Formularios

Ejemplos:

Testamento vital

A los _____ días de _____ (20 __), yo _____,

de manera consciente y voluntaria, manifiesto mi deseo de que mi vida no sea prolongada de manera artificial en las circunstancias que se mencionan a continuación, y por medio de la presente declaro que, si en algún momento estuviera incapacitado y:

_____ (coloque sus iniciales) padeciera una enfermedad terminal, o

_____ (coloque sus iniciales) padeciere una enfermedad en fase terminal, o

_____ (coloque sus iniciales) estuviera en un estado vegetativo permanente, y si mi médico de atención primaria y otro médico consultado hubieran determinado que no existen probabilidades médicas razonables de que me recupere de dicho problema de salud, ordeno que no se me someta a procedimientos para prolongar la vida, cuando la aplicación de dichos procedimientos sirva únicamente para prolongar artificialmente el proceso de muerte y que se me permita morir de manera natural y se me administren los medicamentos o se me realicen los procedimientos que sean médicamente necesarios para brindarme cuidados paliativos o para aliviar el dolor.

Deseo que esta declaración sea respetada por mi familia y por mi médico como la expresión final de mi derecho legal a negarme a recibir tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de dicho rechazo.

En caso de que se determine que no puedo prestar mi consentimiento expreso e informado relacionado con la suspensión, cancelación o continuación de procedimientos para prolongar la vida, deseo designar, como mi representante para el cumplimiento de las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: _____,

Dirección: _____,

_____,

Teléfono: _____,

Entiendo la importancia de esta declaración y tengo capacidad mental y emocional para realizarla.

Instrucciones adicionales (opcional):

Firma de los testigos:

Firma: _____,

Nombre completo: _____,

Dirección: _____,

Fecha: _____,

Firma: _____,

Nombre completo: _____,

Dirección: _____,

Fecha: _____,

Designación de representante de atención médica

Designación de representante de atención médica para menores

_____ (nombre/nombres), en mi/nuestro carácter de
(marque la opción que corresponda)

[] tutores naturales, según la definición del artículo 744.301(1) de los Estatutos de Florida; [] custodios legales;

[] tutores legales del (de los) siguiente(s) menor(es):

_____ ,

_____ ,

_____ ,

Nombre: _____ ,

Dirección: _____ ,

_____ ,

Teléfono: _____ ,

Si el representante de atención médica designado para un menor no está dispuesto, no puede o no está disponible para llevar a cabo sus tareas, designo/designamos a la siguiente persona como mi/nuestro representante de atención médica alternativo para el menor:

Nombre: _____ ,

Dirección: _____ ,

_____ ,

Teléfono: _____ ,

Yo/nosotros autorizo/autorizamos y solicito/solicitamos a todos los médicos, hospitales u otros proveedores de servicios médicos que respeten las instrucciones de mi/nuestro representante o representante alternativo, según corresponda, en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia, sobre tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico para el menor, siempre y cuando la atención médica y el tratamiento para el menor se administren bajo el asesoramiento de un médico matriculado.

Entiendo/entendemos que esta designación permitirá que mi/nuestro representante tome decisiones de atención médica en nombre del menor y preste, cancele o deniegue su consentimiento en mi/nuestro nombre, solicite beneficios públicos para cubrir el costo de

la atención médica y autorice la admisión del menor en un centro de salud o su traslado a un centro de salud.

Notificaré/notificaremos y enviaré/enviaremos una copia de este documento a la/s siguiente/s persona/s que no sea/n el representante, para que conozca/n la identidad de mi/nuestro representante:

Nombre: _____,

Firmado: _____,

Fecha: _____,

TESTIGOS:

Nombre: _____,

Fecha: _____,

Nombre: _____,

Fecha: _____,

Formulario de donante (donación de órganos y materiales anatómicos)

Tarjeta de directiva anticipada

Designación de representante de atención médica

Yo, _____, designo como representante de atención médica en virtud del artículo. 765.202 de los Estatutos de Florida:

Nombre: _____,

Dirección: _____,

_____,

Teléfono: _____,

Si mi representante de atención médica no está dispuesto, no puede o no está disponible para llevar a cabo sus tareas, designo como representante de atención médica alternativo a:

Nombre: _____,

Dirección: _____,

_____,

Teléfono: _____,

INSTRUCCIONES PARA FINES DE ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi representante de atención médica a: (debe completar sus iniciales en los espacios en blanco debajo)

_____ Recibir información médica sobre mi estado de salud, ya sea en forma oral o registrada de cualquier forma o en cualquier medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro médico, plan de salud, salud pública, empleador, seguro de vida, escuela o universidad o entidad administradora de servicios de salud; y
2. Esté relacionada con mi estado de salud física o mental en el pasado, presente o futuro; la prestación de servicios de salud que haya recibido; o el pago por la prestación de servicios de salud que haya recibido en el pasado, presente o futuro.

Asimismo, autorizo a mi representante de atención médica a:

_____ Tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, lo cual significa que mi representante tiene facultades para:

1. Prestar un consentimiento informado, negarse a prestar consentimiento o retirar el consentimiento para mi atención médica, incluso la utilización de procedimientos para la prolongación de la vida.
2. Solicitar beneficios privados, públicos, ofrecidos por el gobierno o para veteranos en mi nombre para cubrir el costo de mi atención médica.
3. Tener acceso a mi información de salud cuando sea razonablemente necesario para que mi representante de salud pueda tomar decisiones relacionadas con mi atención médica y solicitar beneficios para mí.
4. Tomar la decisión de realizar una donación de órganos y tejidos en virtud de la sección V del capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

Instrucciones y restricciones específicas:

Mientras tenga la capacidad para la toma de decisiones, mi opinión cuenta y mi médico y los proveedores de atención médica deben comunicarme con claridad el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación. En la medida que tenga la capacidad de comprender, mi representante de atención médica debe mantenerme razonablemente informado de todas las decisiones que tome en mi nombre y de las cuestiones que me afecten.

Esta designación de un representante de atención médica no afecta cualquier posible discapacidad que sufra en el futuro, excepto las disposiciones del Capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

En virtud del artículo 765.104 de los Estatutos de Florida, entiendo que puedo conservar mi capacidad, revocar o modificar esta designación en cualquier momento de la siguiente manera:

1. Mediante la firma de un instrumento que exprese mi intención de modificar o revocar esta designación;

2. Mediante la destrucción física de esta designación, a través de mis acciones o de las acciones de otra persona en mi presencia y bajo mis indicaciones;
3. Mediante la expresión verbal de mi intención de modificar o revocar esta designación; o
4. Mediante la firma de una nueva designación que sea materialmente diferente de esta designación.

La autoridad de mi representante de atención médica entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que ponga mis iniciales en una de las siguientes casillas o en ambas:

Si pongo mis iniciales en esta casilla [], la autorización de mi sustituto de atención médica para recibir mi información de salud entra en vigor de inmediato.

Si pongo mis iniciales en esta casilla [], la autoridad de mi sustituto de atención médica para tomar decisiones de salud por mí entra en vigor de inmediato. En virtud del artículo 765.204(3) de los Estatutos de Florida, las instrucciones sobre las decisiones de atención médica que tome, ya sea en forma verbal o por escrito, mientras tenga capacidad, prevalecerán frente a las instrucciones o decisiones de atención médica realizadas por mi representante que entren en conflicto con las instrucciones impartidas por mí.

Firmas: Coloque su firma y la fecha en el formulario:

Fecha: _____,

Firme: _____,

Dirección: _____,

Nombre completo: _____,

Ciudad: _____

Estado: _____,

Aviso de no discriminación

This information is available for free in other languages. Please contact our member service department at 1-866-899-4828 TTY / TDD 1-855-655-5303 Monday through Friday from 8:00 am to 7:00 pm EST.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor contacte a nuestro departamento de servicio al miembro al 1-866-899-4828 TTY/TDD 1-855-655-5303 de lunes a viernes desde las 8:00am a 7:00pm EST.

Enfòmasyon sa a disponib nan lòt lang yo. Tanpri kontakte depatman sèvis manm nou an nan 1-866-899-4828 TTY / TDD 1-855-655-5303 Lendi jiska Vandredi de 8:00 am a 7:00 pm EST.