MolinaHealthcare.com

Medicaid

Manual del Miembro de Molina Healthcare of Florida Medicaid

MOLINA HEALTHCARE

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al (866) 472-4585 o TTY al 711.

Si usted no habla inglés, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711). Contamos con acceso a servicios de intérprete y podemos ayudarlo(a) a resolver sus dudas en su idioma. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

If you do not speak English, call us at (866) 472-4585 (TTY: 711). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au (866) 472-4585 (TTY: 711). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiqueravec vous dans votre langue.

Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan (866) 472-4585 (TTY: 711). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou,epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yonpwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Se non parli inglese chiamaci al (866) 472-4585 (TTY: 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti atrovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру (866) 472-4585 (TTY: 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке

Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số (866) 472-4585 (TTY: 711). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn

Información Importante de Contacto

Línea de Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	(888) 275-8750 Nurse Advice Line (Línea de Consejos de Enfermería) (866) 472-4585 Servicios para Miembros	Disponible las 24 horas De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Este.
Línea de Ayuda TTY del Departamento de Servicios para Miembros	(866) 735-2922 Nurse Advice Line (Línea de Consejos de Enfermería) 711 Servicios para Miembros	Disponible las 24 horas De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del Este.
Sitio Web	www.MolinaHealthcare.com	
Dirección	Molina Healthcare Westside Plaza I, Ste 120A, 8400 NW 33rd St Doral, FL. 33122	

Servicio	Información de contacto
Servicios de Transporte: Casos que no son de emergencia	MTM Health (888) 298-4781 Disponible las 24 horas
Servicios dentales	Comuníquese directamente con su administrador de casos o llame al (866) 472-4585 para solicitar ayuda para coordinar estos servicios.
Servicios de la vista	iCare (866) 472-4585
Análisis de laboratorio	Quest Diagnostics Para encontrar ubicaciones cercanas, llame al (866) 697-8378
Artículos de venta libre	OTC Health Solutions (888) 628-2770, TTY: (877) 672-2688
PDO de Cuidado a Largo Plazo	Consumer Direct (866) 472-4585

Servicio	Información de contacto
Para informar casos de sospecha de abuso, descuido, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	(800) 96-ABUSE (800-962-2873) TTY: 711 o (800) 955-8771 https://www.yflfamilies.com/services/abuse/abuse-hotline/how-report-abuse
Para elegibilidad para Medicaid	(866) 762-2237 TTY: 711 u (800) 955-8771 https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME
Para reportar Fraude y/o Abuso de Medicaid	(888) 419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
Para presentar una queja sobre un centro de atención médica	(888) 419-3456 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una Audiencia imparcial de Medicaid	(877) 254-1055 (239) 338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid	(877) 254-1055 TDD: (866) 467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para buscar información sobre adultos mayores	(800) 96-ELDER (800-963-5337) http://elderaffairs.state.fl.us/doea/arc.php
Para obtener información sobre violencia doméstica	(800) 799 SAFE ((800) 799-7233) TTY: (800) 787-3224 http://thehotline.org/
Para obtener información sobre centros de salud en Florida	https://quality.healthfinder.fl.gov/
Para obtener información sobre cuidado urgente	Nurse Advice Line (Línea de Consejos de Enfermería) (888) 275-8750 Disponible las 24 horas o localice su Centro de Cuidado Urgente más cercano en https://molina. sapphirethreesixtyfive.com/?ci=fl-medicaid&locale=en_us
En caso de emergencia	9-1-1 O acuda a la sala de emergencias más cercana.

Tabla de Contenido

Bienvenido al Florida's Statewide Medicaid Managed Care Plan de Molina Healthcare 6

Sección 1: Su Tarjeta de Identificación del Plan (Tarjeta de identificación)..... 7

Sección 2: Su Privacidad..... 8

Sección 3: Cómo Obtener Ayuda de Nuestro Departamento de Servicios para Miembros 9

Sección 4: ¿Necesita Ayuda para Comunicarse? 9

Sección 5: Cuando Hay Cambios en su Información..... 10

Sección 6: Cambios en su Plan de Salud 10

Sección 7: Su Elegibilidad para Medicaid..... 10

Sección 8: Inscripción en Nuestro Plan..... 11

Sección 9: Cómo Abandonar Nuestro Plan (Cancelación de Inscripción)..... 14

Sección 10: Cómo Administrar su Atención..... 15

Sección 11: Acceso a los Servicios 16

Sección 12: Información Útil Sobre sus Beneficios..... 18

Sección 13: Los Beneficios del Plan: Servicios de Asistencia Médica Administrada 23

Sección 14: Costo Compartido para los Servicios..... 55

Sección 15: Información útil sobre el Programa de Atención a Largo Plazo (LTC)..... 57

Sección 16: Los Beneficios del Plan: Servicios de Atención a Largo Plazo..... 59

Sección 17: Satisfacción del Miembro 63

Sección 18: Sus Derechos como Miembro 68

Sección 19: Sus Responsabilidades como Miembro..... 69

Sección 20: Otra Información Importante..... 70

Sección 21: Recursos Adicionales 72

Sección 22: Formularios..... 73

Bienvenido al Florida's Statewide Medicaid Managed Care Plan de Molina Healthcare

Molina Healthcare of Florida tiene un contrato con Florida Agency for Health Care Administration (Agencia) para prestar servicios de atención médica a las personas con Medicaid. Esto se denomina **Statewide Medicaid Managed Care (SMMC)** Program. 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.

Existen muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa de SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un plan **Managed Medical Assistance (MMA)**. Si es una persona mayor o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios en centros de enfermería y servicios basados en la comunidad y domiciliarios a través de un **Long-Term Care (LTC)** plan. Si padece una determinada enfermedad, como SIDA, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades en un **Specialty** plan.

Si su hijo(a) está inscrito(a) 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 a su caso.

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica que tiene disponibles. Puede hacernos preguntas u obtener ayuda para concertar citas. Si necesita hablar con nosotros, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711), de Lunes a Viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Este.

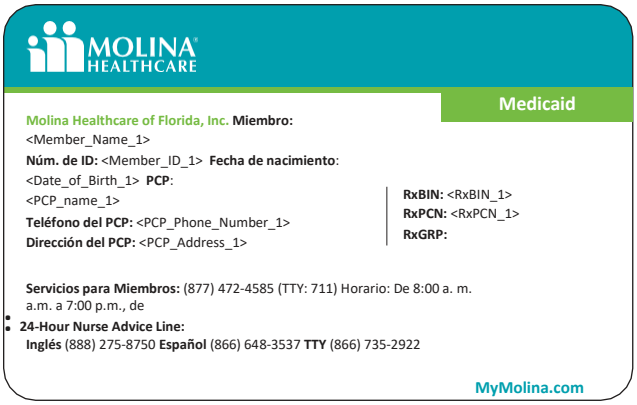
Sección 1: Su Tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación)

Debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo postal. Llámenos si no recibió su tarjeta o si la información de su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia que pertenezca a nuestro plan deberá tener su propia tarjeta de identificación.

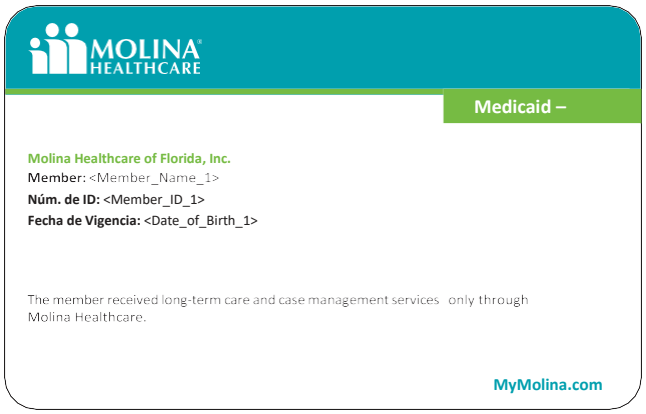
Siempre lleve su tarjeta de identificación con usted y muéstrela cada vez que acuda a una cita de atención médica u hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación para que la use otra persona. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que le enviemos una tarjeta nueva.

Su tarjeta de identificación será así:

MMA/ESPECIALIDAD:



LTC:



Sección 2: Su privacidad

La privacidad de cada miembro es importante para nosotros Usted tiene derechos en lo referente a la protección de su información médica, como su nombre, número de identificación del plan, raza, etnia y otros datos que lo identifican. No compartiremos información médica suya si no está permitido por ley.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestras protecciones y políticas de privacidad son las siguientes:

Su Información Médica Protegida

PHI significa información médica protegida. PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

¿Por qué Molina usa o comparte la PHI de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar la atención médica que usted recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que usted recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de los lugares o las personas a quienes les hemos proporcionado su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege su PHI:

- Molina cuenta con políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita quién puede ver la PHI. Solamente el personal de Molina que necesite saber la PHI puede utilizarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito el cumplimiento de las reglas y de las políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

- Mantener en privado su PHI.
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su PHI.

- Seguir los términos de nuestra Notificación de las normas de privacidad.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido?

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presentar una queja ante el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos).

No tomaremos ningún tipo de acción en su contra. Esto no afectará su atención médica en ninguna medida. Lo anterior es solo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de nuestros miembros. Está en nuestra página web en: **www.MolinaHealthcare.com**. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711), de Lunes a Viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p.m., hora del Este.

Divulgación de información sobre condiciones sensibles

La divulgación de información sobre condiciones y servicios protegidos y sensibles, incluidos los servicios psicoterapéuticos, requiere su permiso antes de poder compartirla con otros proveedores. Al llenar el formulario de Autorización de Molina para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida (Authorization to Use and Disclose, AUD) puede darnos su permiso. Puede encontrar este formulario en **www.MolinaHealthcare.com** o puede recibir una copia llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711), de Lunes a Viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Este.

Sección 3: Cómo obtener ayuda de nuestro Departamento de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP, por sus siglas en inglés), averiguar si un servicio está cubierto, obtener remisiones, buscar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros

Puede llamarnos al (866) 472-4585 o TTY 711, de Lunes a Viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto en feriados aprobados por el Estado (como Navidad y Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener con usted su tarjeta de identificación para que podamos brindarle ayuda. (En caso de robo o pérdida de la tarjeta de identificación, llame al Departamento de Servicios para Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros después del horario de atención

Si llama cuando estamos cerrados, puede comunicarse con nuestra a nuestra Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas: (888) 275-8750 para asistencia en inglés, (866) 648-3537 para asistencia en otros idiomas y TTY (866) 735-2922. El personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Contamos con personal que nos ayuda a hablar con usted en su idioma. Brindamos esta asistencia en forma gratuita.

Para personas con discapacidades: Si usa silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor

tiene acceso para sillas de ruedas o dispositivos de comunicación. Además, contamos con servicios como los que se indican a continuación:

- Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas con problemas de audición o habla a realizar llamadas telefónicas. Llame al 711 y brinde nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. Es el (866) 472- 4585. Ellos lo comunicarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y sistema braille.
- Ayuda para concertar citas o acudir a ellas.
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad. Todos estos servicios se ofrecen a usted de forma gratuita.

Sección 5: Cuando Hay Cambios en su Información

Si cambia su información personal, infórmenos lo antes posible. Para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es importante que podamos comunicarnos con usted en relación con sus necesidades de atención médica.

El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) también debe saber si se modifica su nombre, dirección, condado o número telefónico. Llame sin cargo al DCF al (866) 762-2237 (TTY (800) 955-8771), de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. También puede hacer estos cambios en línea en su cuenta de Conexión Comunitaria Automática para la Autosuficiencia Económica (MyACCESS, por sus siglas en inglés) en **https://myaccess.myflfamilies.com**. Si usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), también debe comunicarse con la Administración de Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para reportar cambios. Llame sin cargo a la SSA al (800) 772-1213 (TTY (800) 325-0778), de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. También puede comunicarse con su oficina local de Seguro Social o ingresar en Internet y realizar cambios en su cuenta de Seguro Social en **https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do**.

Sección 6: Cambiar en su Plan de Salud

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

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

Usted debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que Molina Healthcare of Florida pague sus servicios y citas de atención médica. Esto se llama tener **elegibilidad para Medicaid**. Si usted recibe SSI, puede recibir los beneficios de Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid con DCF.

A veces, pueden ocurrir cambios en su vida que pueden afectar el hecho de seguir teniendo Medicaid. Es muy importante asegurarse de tener Medicaid antes de acudir a una cita. Solo porque tenga una Tarjeta de Identificación del Plan, no significa que siga teniendo los servicios de Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que Medicaid ha cambiado o si tiene preguntas sobre Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a comprobar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y lo recupera dentro de los 180 días, volverá a quedar inscrito en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, continúe usando su Tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también brinde al proveedor su Tarjeta de identificación del Plan Medicaid.

Si tendrá un bebé

Si tiene un bebé, este contará con cobertura desde la fecha del nacimiento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de informarnos sobre la llegada de su bebé y le brindaremos ayuda para garantizarle que su bebé cuente con cobertura y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe de su embarazo **antes** del nacimiento de su bebé para asegurarse de que su bebé tenga Medicaid. Llame gratis al DCF al (866) 762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Ellos le darán un número de Medicaid para su bebé. Cuando lo reciba, infórmenos el número de Medicaid de su bebé.

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

Inscripción Inicial

Desde que se une por primera vez a nuestro plan, tiene 120 días para probarlo. Si por alguna razón no está conforme con algo, puede inscribirse en otro plan SMMC en la misma región. Una vez que transcurran los 120 días, usted quedará inscrito en nuestro plan por el resto del año. Esto se denomina **permanencia obligatoria (locked-in)** en un plan. Cada año que tenga Medicaid y que se encuentre en el programa de SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de Inscripción Abierta

Cada año, usted tendrá 60 días cuando puede cambiar su plan si lo desea. Este se denomina su **periodo de inscripción abierta**. El Corredor de Inscripción del estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

Usted no tiene que cambiar de plan durante el período de inscripción abierta. Si decide abandonar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al finalizar su período de inscripción abierta. Una vez que se haya inscrito en el nuevo plan, permanecerá bloqueado hasta el siguiente período de inscripción abierta. Puede llamar al Corredor de Inscripción del Estado al (877) 711-3662, (TDD (866) 467-4970).

Inscripción en el Programa de Atención a Largo Plazo de SMMC

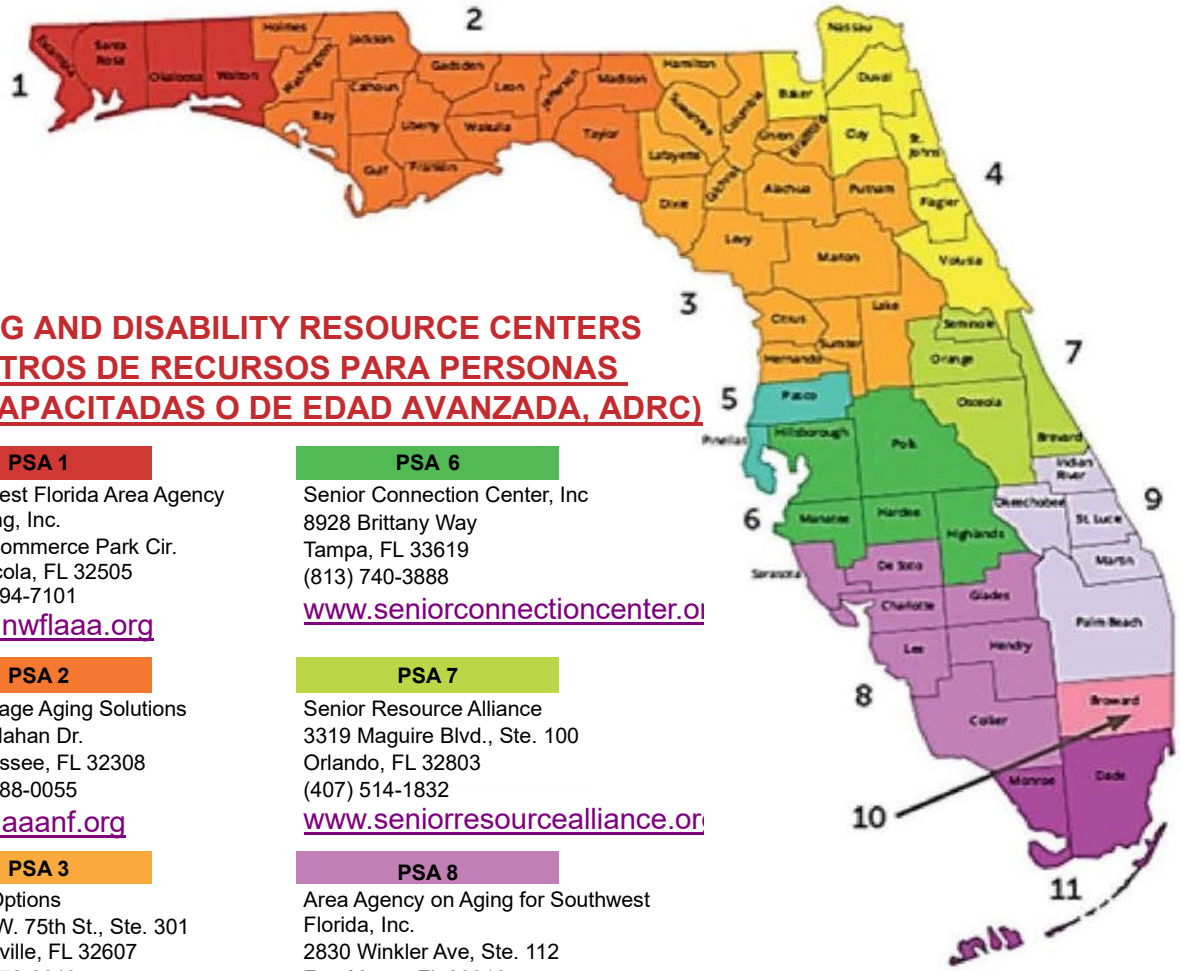
El Programa de Atención a Largo Plazo (LTC) de SMMC brinda servicios de centros de enfermería y atención domiciliaria y basada en la comunidad a personas mayores y adultos (de 18 años o más) con discapacidades. Los servicios basados en la comunidad y domiciliarios ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas, las compras, o supervisión.

Pagamos por los servicios que se ofrecen en el centro de enfermería. Si vive a tiempo completo en un centro de enfermería de Medicaid, probablemente ya está en el programa de LTC. Si no lo sabe, o no cree estar inscrito en el programa de LTC, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo(a).

El programa de LTC también ofrece ayuda a personas que viven en sus hogares. Pero el cupo para estos servicios domiciliarios es limitado, así que, antes de poder recibir estos servicios, deberá hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se llama examen de selección. El Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para Personas Discapacitadas o de Edad Avanzada, ADRC por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos de Adultos Mayores realiza estas evaluaciones. Una vez finalizado el examen, el ADRC le notificará acerca de su inclusión en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no se lo incluye en la lista de espera.

Si usted es incluido en la lista de espera y se abre un espacio para usted en el programa de LTC, el programa Comprehensive Assessment and Review for Long- Term Care Services (Evaluación y Revisión Integral de los Servicios de Atención a Largo Plazo, CARES por sus siglas en inglés) del Departamento de Asuntos de Adultos Mayores le pedirá más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir los servicios del programa de LTC. Una vez que se inscriba en el programa de LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo los requisitos para el programa cada año.

Para encontrar el número de teléfono de su ADRC local, utilice el siguiente mapa. También pueden ayudarle a responder cualquier otra pregunta que tenga sobre el programa LTC. Para obtener más información visite **https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml**.



AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (CENTROS DE RECURSOS PARA PERSONAS DISCAPACITADAS O DE EDAD AVANZADA, 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.aaanf.org

PSA 3

Elder Options
100 S.W. 75th St., Ste. 301
Gainesville, FL 32607
(352) 378-6649
www.agingresources.org

PSA 4

Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Rd.
Jacksonville, FL 32257
(904) 391-6600
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

PSA 6

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

PSA 7

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

PSA 8

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

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.
760 N.W. 107th Ave., Ste. 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.c

Sección 9: Cómo abandonar nuestro plan (desafiliación)

El abandono de un plan se denomina **cancelación de inscripción**. Por ley, las personas no pueden abandonar el plan o cambiar de plan durante el período sin cambios, excepto por motivos muy especiales. Si desea abandonar nuestro plan durante el período sin cambios, llame al Corredor de Inscripción del Estado para ver si se le permitiría cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de Cancelación de Inscripción con Causa Justificada[1]):

- No cubrimos un servicio por motivos morales o religiosos.
- Usted obtiene sus servicios de Atención a largo plazo de un proveedor de un centro de ayuda con la vida diaria, de un hogar de atención familiar para adultos o de un centro de enfermería que estaba en nuestra red, pero que ya lo no está.

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si completó nuestro proceso de queja y apelación[2]:

- Usted recibe una mala calidad de atención y la Agencia está de acuerdo con usted después de revisar su historia clínica.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios se retrasaron sin una buena razón.
- Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711) o al Corredor de Inscripción del Estado al (877) 711-3662 (TDD (866) 467-4970).

Exclusión de nuestro plan (Cancelación de inscripción involuntaria)

La Agencia puede excluirlo de nuestro plan (y, a veces, del programa de SMMC en su totalidad) por ciertos motivos. A esto se le conoce como **cancelación involuntaria de la inscripción**. Estos motivos incluyen los siguientes:

- Si pierde su elegibilidad para Medicaid
- Mudarse fuera del área donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Usar incorrectamente, a sabiendas, su tarjeta de identificación del plan o permitir que otra persona use su tarjeta de identificación del plan.
- Falsificación de recetas médicas.
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta brindarle atención.
- Está en el programa de LTC y vive en un centro de ayuda con la vida diaria o en un hogar de atención familiar para adultos que no tiene un ambiente hogareño y no se trasladará a un centro que sea hogareño[3].

Si la Agencia lo excluye de nuestro plan porque usted incumplió la ley o por su comportamiento, no puede regresar al programa de SMMC.

---

[1] Para ver la lista completa de motivos de Cancelación de Inscripción con Causa Justificada, consulte la Florida Administrative Rule (Norma Administrativa de Florida) 59G- 8.600: www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED CARE&ID=59G-8.600

[2] Para aprender cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 17, Satisfacción del Miembro, en la página 59.

[3] Esto es solo para los miembros del programa de Atención a Largo Plazo. Si tiene alguna pregunta sobre el cumplimiento de su centro con este requisito federal, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos.

Sección 10: Cómo administrar su atención

Si usted tiene una enfermedad o afección médica que requiere apoyo y coordinación adicional, podremos 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 atención médica. Si le brindamos un administrador de casos y usted no lo desea, llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos.

Si usted está en el programa de LTC, le asignaremos un administrador de casos. Deberá tener un administrador de casos si pertenece al programa de LTC. Su administrador de casos es la persona de referencia y responsable de **coordinar su atención**. Esto significa que es la persona que lo ayudará a saber qué servicios de LTC necesita y cómo recibirlos.

Si tiene un problema con su atención, o hay algún cambio en su vida, informe a su administrador de casos, quien lo ayudará a decidir si los servicios deben modificarse para brindarle una mejor atención.

Le pediremos que complete una Evaluación de Riesgos de Salud cuando se inscriba. Una Evaluación de Riesgos de Salud (HRA) nos ayudará a comprender sus necesidades de atención médica y cómo podemos ayudarle a obtener los servicios que necesita. Solo lleva unos minutos completarlo. Podemos llamarle, enviarle un mensaje de texto o enviarle un correo electrónico con la información sobre cómo completar la Evaluación de Riesgos para la Salud. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711) o envíe un correo electrónico **MFLCommunityConnectors@molinahealthcare.com** para obtener más información.

Cambio de administrador de casos

Si desea otro administrador de casos, llame a Servicios para Miembros. En ocasiones, tendremos que cambiar su administrador de casos. Si debemos hacer esto, le enviaremos una carta para informárselo o lo llamaremos.

Información importante que debe decirle a su Administrador de Casos

Si hay un cambio en su vida o no quiere un servicio o proveedor, debe informar al administrador de casos. Deberá informar al administrador de casos lo siguiente:

- No le gusta un servicio.
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios.
- No está recibiendo los servicios correctos.
- Obtiene un nuevo seguro médico.
- Acude al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador ya no puede ayudarlo.
- Su situación de convivencia cambia.
- Cambia su nombre, número telefónico, dirección o país.

Solicitud para poner los servicios en espera

Si hay un cambio en su vida y necesita detener sus servicios por un tiempo, informe a su administrador de casos. El administrador de casos le pedirá que complete y firme un Formulario de Consentimiento para la Suspensión Voluntaria a fin de poner sus servicios en espera.

Sección 11: Acceso a los servicios

Antes de que usted reciba un servicio o acuda a una cita de atención médica, tenemos que asegurarnos de que necesite el servicio y de que sea médicamente correcto para usted. A esto se le denomina **autorización previa**. Para hacer esto, analizamos sus antecedentes médicos y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Luego, decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Utilizamos las normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Los proveedores de nuestro plan

En general, debe acudir a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenezcan a nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es un grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos. Puede elegir cualquier proveedor de nuestra red. Esto se llama **libertad de elección**. Si usa un proveedor de atención médica que no pertenece a nuestra red, puede que tenga que pagar por esa cita o servicio.

Encontrará la lista de proveedores de nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia del directorio de proveedores, llame al (866) 472-4585 (TTY: 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web en **MolinaProviderDirectory.com/FL**.

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

Los proveedores que no pertenecen a nuestro plan

Hay servicios que puede recibir de proveedores que no pertenecen a nuestra red. A continuación, se indican dichos servicios:

- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios médicos preventivos para mujeres, como exámenes preventivos para la detección de cáncer de mama, de cáncer cervical y cuidado prenatal.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Atención médica de emergencia

Si no podemos encontrar un proveedor de nuestra red de proveedores para estos servicios, lo ayudaremos a encontrar otro proveedor que no pertenezca a nuestra red. Recuerde consultarnos primero antes de utilizar un proveedor que no pertenezca a la red. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Cuándo Pagamos por sus Servicios Dentales

Su plan dental cubrirá la mayor parte de sus servicios dentales, pero algunos servicios dentales pueden estar cubiertos por Molina Healthcare. Llame a Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711) para obtener ayuda para coordinar estos servicios.

Tipo de servicio dental:	El plan dental cubre:	El plan médico cubre:
Servicios dentales	Con cobertura cuando consulta a su dentista o higienista dental	Con cobertura cuando acude a su médico o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro quirúrgico	Con cobertura para servicios dentales de su dentista	Con cobertura para médicos, enfermeras, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema dental	Con cobertura	Con cobertura
Medicamentos recetados por un problema o consulta dental	*No cubierto*	Con cobertura
Transporte a su cita o servicio dental	Con cobertura	Con cobertura

¿Qué Tengo que Pagar?

Es posible que tenga que pagar por los servicios o citas médicas que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es un servicio que debemos brindar en el programa de Medicaid. Todos los servicios indicados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde que solo por el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que usted lo vaya a necesitar. Puede que tenga que pagar servicios si nosotros no los aprobamos primero.

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

Servicios para Niños[4]

Debemos brindar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros de 0 a 20 años. Es la ley. Es así incluso si no cubrimos un servicio o si el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios que requiera su hijo sean médicamente necesarios, los servicios no tienen:

- Límites de importe.
- Límites de tiempo, como límites de horas o días.

Quizás sea necesario que su proveedor nos solicite aprobación antes de brindar un servicio a su hijo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

[4] También denominados requisitos de “Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos” o “EPSDT”.

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicios Cubiertos por el Sistema de Atención con Pago por Servicio de Medicaid, No Cubiertos a través de Molina Healthcare

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de que Molina Healthcare de Florida lo haga:

- Programa de Emparejamiento Certificado del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD).
- Renuncia a los Servicios Basados en la Comunidad y Domiciliarios del Presupuesto Individual (iBudget) para Discapacidades del Desarrollo.
- Renuncia a los Servicios Basados en la Comunidad y Domiciliarios de Disautonomía Familiar (DF).
- Medicamentos relacionados con el Factor de Hemofilia.
- Servicios de Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility Services for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID).
- Programa de Emparejamiento de Escuelas Certificadas de Medicaid (Medicaid Certified School Match, MCSM).
- Renuncia a los Servicios Basados en la Comunidad y Domiciliarios Modelo.
- Servicios de Audición para Recién Nacidos.
- Atención Pediátrica Recetada Extendida.
- Programa de Emparejamiento del Condado sobre Abuso de Sustancias.

Este sitio web de la Agencia proporciona detalles acerca de cada uno de los servicios mencionados anteriormente y de cómo acceder a estos servicios:
http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered Services_HCBS_Waivers.sh tml Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio por un motivo religioso o moral, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al Corredor de Inscripción del Estado al (877) 711-3662 (TDD (866) 467-4970). El Corredor de Inscripción del Estado le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Cómo Elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PrimaryCare Provider, PCP)

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

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, enfermera especializada o médico asociado. Usted se comunicará con su PCP a fin de programar citas para servicios como chequeos periódicos, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a obtener atención de un especialista u otros proveedores. A esto se le denomina **remisión**. Usted puede elegir su PCP si llama al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia, o puede elegir un PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, les asignaremos uno a usted y a su familia.

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros.

Cómo elegir un PCP para su hijo

Puede escoger un PCP para su bebé antes de que nazca. Podemos ayudar con esto si llama a Servicios para Miembros. Si no escogió un PCP para el momento en que nace su bebé, escogeremos uno por usted. Si desea cambiar de PCP para su bebé, llámenos.

Es importante que seleccione un PCP para su hijo para asegurarse de realizar las consultas de control del niño todos los años. Las visitas de control infantil son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son chequeos médicos periódicos que los ayudan al PCP de su hijo y a usted a saber el estado de salud de su hijo y cómo es su crecimiento. Su hijo también puede recibir vacunas (inmunizaciones) en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo(a) saludable[5].

Puede llevar a su hijo a un pediatra, proveedor de medicina familiar u otro proveedor de atención médica. No necesita una remisión para las consultas de control de niños. Las consultas preventivas de niños son sin cargo.

Remisiones y atención de especialistas

A veces, puede necesitar consultar a un proveedor que no sea su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su PCP. Su PCP lo enviará a un especialista. El especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica.

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

Segundas Opiniones

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

Su PCP, administrador de casos o Servicios para Miembros pueden ayudarlo a encontrar un proveedor que le brinde una segunda opinión. Puede escoger a cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor a través de nosotros, le brindaremos ayuda para encontrar un proveedor fuera de nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no pertenece a nuestra red para una segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que pueda consultarlo.

Atención de urgencia

El Cuidado urgente no es Atención de emergencia. El Cuidado urgente es necesario cuando se tiene una lesión o enfermedad que requiere tratamiento en un plazo de 48 horas. En general, su salud o su vida no están en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP o sucede después del horario de atención del consultorio de su PCP.

Si necesita Cuidado Urgente después del horario de atención del consultorio y no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas, al (888) 275-8750, para obtener atención en inglés, y al (866) 648-3537, para obtener atención en otros idiomas y al (866) 735-2922 para TTY. Las enfermeras están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

[5] Para obtener más información sobre los exámenes preventivos y evaluaciones recomendadas para niños, consulte las "Recomendaciones de Atención Médica Pediátrica Preventiva: Calendario de Exámenes Periódicos" en http://www.aap.org/.

Para encontrar el centro de Atención médica urgente más cercano comuníquese con Servicios para Miembros o visite nuestra página web: **MolinaProviderDirectory.com/FL**.

Atención Hospitalaria.

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía o internación de un día para otro, su PCP lo coordinará. Debemos aprobar los servicios hospitalarios antes de que usted ingrese, excepto en caso de emergencias. No pagaremos los servicios hospitalarios, a menos que los aprobemos previamente o que se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, trabajará con usted y su proveedor para coordinar los servicios necesarios cuando le den el alta del hospital.

Atención de Emergencia

Usted tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o herido que su vida o salud corren peligro si no obtiene ayuda médica inmediata. A continuación, le indicamos algunos ejemplos:

- Fracturas
- Sangrado que no se detiene.
- Está embarazada, de parto o sangra.
- Dificultad para respirar
- De pronto no puede ver, moverse o hablar.

Los servicios en casos de emergencia son los servicios que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerle vivo(a) o evitar que empeore. Por lo general, se prestan en una sala de emergencias.

Si su afección es grave, llame al 911 o diríjase al centro de emergencias más cercano, de inmediato. Puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de que se trate de una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le dirá qué hacer.

No es necesario que el hospital o centro pertenezca a nuestra red de proveedores o a nuestra área de servicios. Tampoco es necesario que obtenga aprobación anticipada para recibir atención de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia mientras está lejos de su hogar, reciba la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios para Miembros cuando pueda, para informarnos.

Cómo surtir recetas médicas

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos con receta médica. Tenemos una lista de los medicamentos que cubrimos. Esta lista es lo que denominamos nuestra **Lista de Medicamentos Preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en **https://ahca.myflorida.com/medicaid/prescribed-drugs/medicaid-pharmaceutical-therapeutics-committee/florida-medicaid-preferred-drug-list-pdl** o puede llamar a Servicios para Miembros.

Cubrimos **medicamentos de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca, pero, en general, son más económicos. Funcionan igual. A veces, podemos estar obligados a aprobar el uso de un medicamento de marca registrada antes de surtir la receta médica.

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

La lista de medicamentos cubiertos puede modificarse periódicamente, pero le informaremos cualquier cambio.

Información sobre Farmacias Especializadas

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar afecciones complejas, como cáncer, artritis reumatoidea y esclerosis múltiple. En general, los medicamentos de especialidad necesitan atención especial. Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Solo están disponibles a través de una farmacia de especialidad. Las farmacias especializadas contratadas por Molina son CVS Caremark Specialty y Publix Specialty Pharmacy. Si no desea utilizar la farmacia especializada asignada o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711, de Lunes a Viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del Este.

Servicios de salud conductual

En ocasiones, puede necesitar hablar con un terapeuta o asesor, por ejemplo, si tiene alguno de estos problemas o sentimientos:

- Está siempre triste.
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar.
- Se siente inútil.
- Sufre trastornos del sueño.
- No tiene ganas de comer.
- Es adicto a las drogas o el alcohol.
- Tiene problemas en su matrimonio.
- Tiene inquietudes sobre la crianza.

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudarlo con los problemas que pueda tener. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para concertar una cita. Puede obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual de la siguiente manera:

- Llamando a Servicios para Miembros.
- Buscando en nuestro directorio de proveedores.
- Ingresando en nuestra página web: **MolinaProviderDirectory.com/FL**

Siempre hay alguien disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita remisiones de su PCP para los servicios de salud conductual.

Si piensa en lastimarse a usted mismo(a) o a otra persona, llame al 911. También puede ir al centro de estabilización ante crisis o a la sala de emergencias más cercana incluso si está fuera del área de servicios. También puede acceder a los servicios de Soporte de Crisis de Telesalud las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando a Impower al 1-689-688- 9875. Usted hablará con un médico que le dará un enlace a una sesión virtual. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP, si puede. Haga el seguimiento con su proveedor dentro de las 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicios coordinaremos su traslado a un hospital o proveedor en la red del plan una vez que esté estable.

Programas de recompensas para miembros

Ofrecemos programas para ayudarlo a mantenerse saludable y a vivir una vida más saludable (como perder peso o dejar de fumar). Los llamamos **programas de comportamientos saludables**. Usted puede obtener recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

- Programa para dejar de fumar
- Atención médica preventiva para adultos y niños.
- Programas de pérdida de peso
- Programa contra el abuso de sustancias o alcohol.
- Programa de recompensas del embarazo.

Recuerde que las recompensas no son transferibles. Si abandona nuestro plan por más de 180 días, no podrá recibir su recompensa. Si tiene preguntas o desea inscribirse en alguno de estos programas, llámenos al (866) 472-4585.

Programas de Manejo de Enfermedades Crónicas

Tenemos disponibles programas especiales para ayudarlo si tiene alguna de estas afecciones. Visite **Florida Medicaid Disease Management Programs** o llame al (866) 472-4585 para obtener más información.

- Cáncer y Prevención del Cáncer para ayudarle a prevenir, comprender mejor y hacer frente a un diagnóstico de cáncer.
- Diabetes y Prevención de la Diabetes para ayudarle a prevenir y controlar la diabetes.
- La Depresión y la prevención de la depresión (incluida la prevención del suicidio) para ayudarle a través de la coordinación de la atención.
- El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la prevención del VIH están disponibles para ayudar a prevenir y controlar el VIH/SIDA.
- Programa de asma para ayudarle a controlar mejor su asma o el de su hijo(a).
- Programa de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) para ayudarle a administrar y coordinar la atención necesaria.
- Presión Arterial Alta (hipertensión) para ayudarle a controlar su presión arterial.
- Programas de Salud Conductual para ayudarle a manejar su afección relacionada con la salud conductual y ayudar con la coordinación de la atención.
- Asuntos relacionados con la última etapa de la vida, que incluyen información sobre las instrucciones anticipadas con información sobre las instrucciones anticipadas para sus seres queridos.
- Si está en el programa LTC, también ofrecemos programas para dificultades con la Demencia y la enfermedad de Alzheimer
- Programa de apoyo al cuidador y programa para el control de enfermedades.
- Demencia y enfermedad de Alzheimer.

Programas de mejora de la calidad

Deseamos que obtenga atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Estos programas son los siguientes:

- Programa para niños.
- Programa contra la violencia doméstica.
- Programa de prevención del embarazo.
- Programa prenatal/posparto.
- Programas para la salud conductual.

- Programa para dejar de fumar
- Programa contra el abuso de sustancias.

También tiene derecho a contarnos los cambios que crea que debemos realizar.

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

Sección 13: Los Beneficios de su Plan: Servicios de asistencia médica administrada

La siguiente tabla muestra los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Recuerde que posiblemente necesite una remisión de su PCP o nuestra aprobación antes de ir a la cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los podamos pagar[6].

Es posible que haya algunos servicios que no cubrimos, pero que podrían ser cubiertos por Medicaid. Hay algunos servicios que su Estado ha determinado que son médicamente apropiados y pueden proporcionarse en lugar de un servicio o entorno cubierto por el plan Estatal. Estos se llaman "En Lugar de Servicios (ILOS)". Para conocer estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al (877) 254- 1055. Si necesita transporte para acudir a estos servicios, podemos ayudarlo. O puede llamar al MTM (888) 298-4781 y programar un traslado.

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

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios del centro de recepción de adicciones	Servicios utilizados para ayudar a personas con problemas de adicción al alcohol o las drogas	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Servicios de alergias	Servicios para tratar afecciones como estornudos o erupciones no causadas por una enfermedad	Cubrimos pruebas de alergia por análisis de sangre o cutáneas médicamente necesarias y hasta 156 dosis al año de inyecciones para la alergia	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para la atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o si necesita apoyo especial al ser trasladado de un centro a otro	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí, para el transporte entre un centro y otro
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios suministrados a personas con síndrome de abstinencia de drogas o alcohol < Ambulatory setting substance abuse treatment or detoxification services>	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos 3 horas por día por un máximo de 30 días	Sí
Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria.	Cirugía y otros procedimientos que se realicen en un centro que no sea el hospital (ambulatorio)	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sufra dolor durante la cirugía u otros procedimientos médicos	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios de atención asistencial	Servicios para ayudar a adultos (mayores de 18 años) con las actividades de la vida diaria y con la toma de medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicio al año según sea médicamente necesario	Sí
Análisis Conductual (BA).	Intervenciones estructuradas, estrategias y enfoques proporcionados para disminuir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar las conductas apropiada< Ambulatory setting substance abuses.	Cubrimos a los beneficiarios menores de 21 años que requieren servicios médicamente necesarios	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios para detección o diagnóstico de enfermedades mentales y trastornos de la salud conductual	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial al año. • Una reevaluación al año. • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos por día).	No
Servicios de cobertura de salud conductual	Servicios de salud conductual suministrados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF.	Cubrimos 365/366 días de servicio al año según sea médicamente necesario, lo que incluye el tratamiento, los servicios de apoyo y la planificación posterior a la atención	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios para el tratamiento del sistema circulatorio y cardíaco (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente según lo recetado por su doctor cuando sea médicamente necesario: • Pruebas cardíacas. • Procedimientos quirúrgicos cardíacos. • Dispositivos cardíacos.	No, en consultorio

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Control de casos para servicios de salud para niños	Servicios para niños (de 0 a 3 años) a fin de ayudarlos a obtener atención médica y otros servicios. O Servicios proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios médicos de crianza temporal	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) O Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos de crianza temporal	No
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de mala alineación de las articulaciones, en especial la columna vertebral, que puedan ocasionar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Hasta 24 consultas al año, por miembro. • Radiografías	No
Servicios clínicos	Servicios de atención médica suministrados en un departamento de salud del condado, centro de salud de calificación federal o clínica de salud rural.	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios Comunitarios Integrales	Servicios que brinda un equipo de salud mental a niños con riesgo de ingresar a un centro de tratamiento de salud mental	• Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos • Dietas, de 8 a 10 horas de tratamiento por semana durante 2 a 4 meses	Sí
Servicios de la unidad de estabilización ante crisis	Servicios de salud mental de emergencia suministrados en un centro que no es un hospital regular	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de Diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros de diálisis y otros suministros que ayudan al tratamiento de los riñones	Cubrimos lo siguiente según lo recetado por su doctor a cargo del tratamiento cuando sea médicamente necesario: • Tratamientos de hemodiálisis. • Tratamientos de diálisis peritoneal.	No
Servicios del centro de atención social	Servicios suministrados en un centro que ayuda a personas sin hogar a obtener vivienda o tratamiento	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Equipo médico duradero y servicios de suministros médicos	Los equipos médicos se utilizan para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión; los equipos médicos duraderos se utilizan una y otra vez, e incluyen sillas de ruedas, dispositivos ortopédicos, muletas y otros elementos; los suministros médicos son elementos para usar una sola vez y y luego se desechan	Según sea médicamente necesario, se aplican ciertos límites relacionados con el servicio y la edad; comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información	Sí
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años con retrasos del desarrollo y otras afecciones	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial de por vida, realizada por el equipo. • Hasta 3 exámenes de detección al año. • Hasta 3 evaluaciones de seguimiento al año. • Hasta 2 sesiones de capacitación o apoyo a la semana.	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de transporte de emergencia	Transporte en ambulancia terrestre o aérea (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital por una emergencia	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios de control y evaluación	Servicios para consultas médicas con el fin de mantener la salud o prevenir o tratar enfermedades	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Una evaluación preventiva (chequeo médico) para adultos anual. • Consultas preventivas para niños suministradas según necesidades de edad y desarrollo. • Una consulta al mes para las personas que viven en un centro de enfermería. • Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos, para el tratamiento de enfermedades o afecciones.	No
Servicios de Terapia Familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 26 horas al año como máximo	Sí
Capacitación y asesoramiento familiar para el desarrollo infantil	Servicios para ayudar a la familia durante el tratamiento de salud mental de los hijos	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Servicios gastrointestinales	Servicios para el tratamiento de afecciones, enfermedades o dolencias del estómago o sistema digestivo	Con cobertura según sea médicamente necesario	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios genitourinarios	Servicios para el tratamiento de afecciones, enfermedades o dolencias de los genitales o el sistema urinario.	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios de Terapia Grupal	Servicios para que grupos de personas tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 39 horas al año como máximo	No
Servicios auditivos	Pruebas auditivas, tratamientos y suministros para ayudar a diagnosticar o tratar problemas de audición; esto incluye aparatos auditivos y reparaciones	Cubrimos pruebas de audición y lo siguiente según sea recetado por su doctor cuando sea médicamente necesario: • Implantes cocleares. • Un aparato auditivo nuevo por cada oído, una vez cada tres años. • Reparaciones.	Sí
Servicios Médicos Domiciliarios	Servicios de enfermería y asistencia médica suministrados en su hogar para ayudar con el control o la recuperación de una afección médica, enfermedad o lesión	Con cobertura cuando sea médicamente necesario: • Hasta 4 visitas al día para embarazadas y personas de 0 a 20 • Hasta 3 visitas por día para todas las demás personas.	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que estén al final de su vida, a fin de brindarles comodidad y aliviar sus dolores; también hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores.	• Con cobertura según sea médicamente necesario • Copago: Consulte la información sobre Responsabilidad del Paciente para obtener información sobre el copago; es posible que tenga Responsabilidad del Paciente para los servicios de cuidado paliativo, ya sea que viva en casa, en un centro o en un centro de enfermería.	No
Asistencia para la vivienda		1 unidad = 15 minutos; H0043 limitado a 30 días durante un período de 180 días; H2015 344 unidades por mes o 48 unidades por día	Sí
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individual con un profesional de salud mental	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 26 horas al año como máximo	No
Servicios de Salud Mental para Bebés Antes y Después de la Evaluación	Servicios de evaluación por parte de un profesional de la salud mental con formación especial en bebés y niños pequeños	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Atención hospitalaria de desintoxicación en pacientes internados	Habitación y pensión: dos camas semiprivadas	365 días para menores de 21 años y 45 días para mayores de 21 años, sin incluir los días de emergencia o los días bajo la Ley Marchman	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital; esto incluye cualquier prueba, medicina, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se usen para su tratamiento	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados, cuando sea médicamente necesario, según edad y situación: • Hasta 365/366 días para personas de 0 a 20 años. • Hasta 45 días para todos los demás (días adicionales cubiertos por emergencias).	Sí
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnóstico o tratamiento de afecciones, enfermedades o dolencias de la piel	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios de Laboratorio	Servicios de análisis de sangre, orina, saliva u otras partes del cuerpo, para verificar afecciones, enfermedades o dolencias	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios Médicos de Crianza Temporal	Servicios para ayudar a los niños con problemas de salud que viven en hogares de crianza temporal	Deben estar bajo custodia del Departamento de Niños y Familias	No
Servicios de tratamiento con asistencia de medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a personas con problemas de adicción a las drogas	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a entender y realizar las mejores elecciones para tomar los medicamentos	Con cobertura según sea médicamente necesario	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Programa Intensivo Ambulatorio de Salud Mental	Servicios intensivos de Salud Mental para pacientes ambulatorios (programa de tratamiento que opera al menos), que incluyen evaluación, asesoramiento; intervención en crisis y terapias de actividad o educación	Cubrimos según sea médicamente necesario hasta nueve semanas: • 3 horas al día, • 3 días a la semana y se basa en un plan de tratamiento individualizado	Sí
Servicios de Hospitalización Parcial de Salud Mental	Tratamiento proporcionado en un hospital por más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas en recuperación por enfermedad mental	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos: • 90 días al año 21+ • No hay límites anuales para menores de 21 años.	Sí
Administración de Casos Orientada a la Salud Mental.	Servicios para obtener atención médica y de salud conductual para personas con enfermedades mentales.	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí
Servicios Móviles de Intervención y Evaluación de Crisis	Un equipo de profesionales de atención médica que brinda servicios de salud mental de emergencia, en general, a domicilio	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	No
Servicios de Terapia Multisistémica	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños con riesgo de recibir tratamiento residencial de salud mental	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Servicios de neurología	Servicios para diagnóstico y tratamiento de dolencias, afecciones o enfermedades cerebrales, de la columna vertebral o del sistema nervioso	Con cobertura según sea médicamente necesario	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de transporte que no sean de emergencia	Transporte de ida y vuelta a sus citas médicas; puede ser en autobús, camioneta habilitada para transportar personas discapacitadas, taxi u otros tipos de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para personas sin transporte: • Viaje fuera del estado. • Traslados entre hospitales o centros. • Acompañante cuando sea médicamente necesario.	No
Admisión al Centro de Enfermería	Habitación y Comida en un Centro de Enfermería Especializada	1 unidad = 15 minutos; máximo de 8 unidades por día, 96 unidades por año	Sí
Servicios de centro de enfermería	Atención médica o cuidado de enfermería que obtenga mientras viva a tiempo completo en un centro de enfermería; puede ser una estadía de 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 en Responsabilidad del Paciente para obtener información de copagos por estancia y alimentación	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de Terapia Ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos para ayudarle con las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa	Cubrimos lo siguiente para niños de 0 a 20 años y para adultos por debajo del límite de servicios de $1,500 según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial al año. • Hasta 210 minutos de tratamiento a la semana. • Una evaluación de silla de ruedas inicial por cinco años. • Cubrimos según sea médicamente necesario, para gente de todas las edades, lo siguiente: • Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas; una en la entrega y una 6 meses después	Sí
Servicios de cirugía bucal	Servicios que proporcionan extracciones dentales (remociones) y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnóstico y tratamiento de afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones	Con cobertura según sea médicamente necesario	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital, sin pasar la noche; esto puede incluir exámenes, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se usen para su tratamiento.	• Los servicios de emergencia están cubiertos si son médicamente necesarios • Los servicios sin carácter de emergencia no pueden costar más de • $1,500 al año para personas mayores de 21 años	Sí
Servicios para el tratamiento del dolor	Tratamientos para el dolor duradero que no mejoró después de haberse brindado otros servicios	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan el hospital para el tratamiento de la salud mental	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos: • Hasta 30 días al año	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y a sentirse mejor después de una lesión, enfermedad, o por una afección médica	Cubrimos lo siguiente para niños de 0 a 20 años y adultos por debajo del límite de $ 1,500 para servicios ambulatorios: • Una evaluación inicial al año. • Hasta 210 minutos de tratamiento a la semana. • Una evaluación de silla de ruedas inicial cada 5 años. • Cubrimos según sea médicamente necesario, para gente de todas las edades, lo siguiente: • Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una en la entrega y una 6 meses después	Sí
Servicios de Podiatría	Atención Médica y otros tratamientos para los pies	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Hasta 24 visitas al consultorio al año. • Cuidado de pies y uñas. • Radiografías y otras imágenes de pie, tobillo y pantorrilla • Cirugía de pie, tobillo o pantorrilla.	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de medicamentos con receta	Este servicio es para los medicamentos que le receta un médico u otro proveedor de atención médica	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Suministro de hasta 34 días de medicamentos por receta médica • Renovación, según lo recetado.	Sí
Servicios Privados de Enfermería	Servicios de enfermería suministrados en el hogar a personas de 0 a 20 años que necesitan atención constante	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 24 horas al día como máximo	Sí
Servicios Hospitalarios Especializados en Psiquiatría	Servicios de salud mental de emergencia suministrados en un centro que no es un hospital regular	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	No
Servicios de Pruebas Psicológicas	Pruebas usadas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, coeficiente intelectual u otras áreas.	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 10 horas de pruebas psicológicas al año	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reinsertarse en la vida cotidiana; incluyen ayuda con las actividades básicas, como cocinar, administrar el dinero y realizar tareas domésticas.	Con cobertura según sea médicamente necesario: • 480 horas al año como máximo	Sí
Servicios Calificados del Programa de Tratamiento Residencial	Servicios para que los niños brinden tratamiento comunitario, residencial y de salud conductual	Cubrimos estos servicios cuando son médicamente necesarios para miembros menores de 18	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de Radiología y Medicina Nuclear	Servicios que incluyen imágenes, como radiografías, resonancias magnéticas (MRI) o tomografías computarizadas (CAT); también incluyen radiografías portátiles Radiografías	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios en centro de terapia intensiva perinatal regional	Servicios para embarazadas y recién nacidos en hospitales con centros de atención especial para tratar afecciones graves.	Con cobertura según sea médicamente necesario	No
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres embarazadas o que deseen quedar embarazadas; también incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos de control de natalidad y suministros para ayudar a planificar el tamaño de su familia	Cubrimos servicios de planificación familiar según sean médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros a través de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que para formar parte de nuestro plan. No necesita una autorización previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si es menor de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios para el tratamiento de afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o el sistema respiratorio	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Pruebas respiratorias. • Procedimientos quirúrgicos del sistema respiratorio. • Control de dispositivos respiratorios.	No

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para personas de 0 a 20 años para ayudarlos a respirar mejor durante el tratamiento por una afección, enfermedad o dolencia respiratoria	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial al año. • Una revaluación de la Terapia cada seis meses. • Hasta 210 minutos de tratamiento de terapia por semana (máximo 60 minutos por día).	Sí
Servicios de pares/autoayuda	Servicios para ayudar a personas en recuperación por una adicción o enfermedad mental	Según lo que sea médicamente necesario y que recomendemos	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios para niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias	Con cobertura según sea médicamente necesario: • Pruebas. • Servicios de crianza temporal. • Servicios domiciliarios grupales.	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios de patología del habla y lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios según sean médicamente necesarios para niños de 0-20: • Servicios y dispositivos de comunicación. • Hasta 210 minutos de tratamiento a la semana. • Una evaluación inicial al año. Cubrimos los siguientes servicios para adultos, según sean médicamente necesarios: • Una evaluación de comunicación cada 5 años	Sí
Servicios del programa psiquiátrico estatal para pacientes internados	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en un hospital	Con cobertura según sea médicamente necesario para niños de 0-20	Sí
Servicios del programa intensivo de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Tratamiento suministrado durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas en recuperación por trastornos de abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí
Servicios de Tratamiento Residencial a Corto Plazo por Abuso de Sustancias	Tratamiento para personas en recuperación por trastornos de abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y que recomendemos	Sí

Servicios Médicos Cubiertos:

Servicio	Descripciones	Cobertura / limitaciones	Autorización Previa
Servicios Conductuales Terapéuticos en el Sitio	Servicios que suministra un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internados en un hospital u otro centro	Con cobertura según sea médicamente necesario • 9 horas al mes como máximo	Sí
Servicios de Trasplantes	Servicios que incluyen toda la cirugía y la atención prequirúrgica y posquirúrgica	Con cobertura según sea médicamente necesario	Sí
Servicios de ayuda visual	La ayuda visual son elementos como anteojos, lentes de contacto y prótesis oculares	Cubrimos lo siguiente según lo recetado por su médico: • Dos pares de anteojos para niños de 0 a 20 años • Un marco cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años en adelante • Lentes de contacto • Prótesis oculares	No
Servicios de cuidado visual	Servicios de prueba y tratamiento de afecciones, enfermedades y dolencias en los ojos.	Con cobertura según sea médicamente necesario	No

Los beneficios del plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir información sobre cómo conseguir beneficios ampliados.

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura / limitaciones**	**Autorización Previa**
Subvención de Asistencia para la Vivienda Envejeciendo en Casa	Para los miembros de HCBS Waiver, Asistencia financiera para ayudarle a envejecer en su lugar y permanecer en la comunidad para gastos diversos de vivienda	Máximo de $2,500 por afiliado, de por vida	Sí
Servicios de Desintoxicación Ambulatoria	Servicios suministrados a personas con síndrome de abstinencia de drogas o alcohol	Sin límites, con Autorización Previa	Sí
Equipos biométricos	Control de la presión arterial y el peso	• Un manguito digital de presión arterial cada tres años. • Una balanza cada tres años.	Sí
Transporte para cuidadores	Para que los cuidadores del miembro de HCBS Waiver visiten a un miembro que reside en un ALF	Cuatro viajes de ida por mes	Sí
Servicios de Telefonía Celular	Cobertura adicional de servicios para el teléfono SafeLink	Mensajes de Texto Ilimitados en Minutos Adicionales	No
Servicios Quiroprácticos (para personas menores de 21 años).	Servicios suministrados por Quiroprácticos. Tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos.	Uno nuevo + 35 estab. o 36 estab. (12 consultas adicionales al año) más radiografías.	No

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Atención Colaborativa	Cubre a su PCP que brinda administración activa de atención colaborativa con sus proveedores de salud conductual	Sin límite	No
Pañales para Mamás Primerizas	Después del parto en vivo, pañales para las primerizas. Debe inscribirse para este beneficio al comunicarse con Administración de Casos dentro de los treinta (30) días de quedar embarazada o convertirse en miembro de Molina, lo que ocurra más tarde.	• Un caso por mes durante un máximo de seis meses después del nacimiento del bebé	Sí
Servicios de Doulas	Atención prenatal, posparto y evaluaciones y/o educación en su hogar, junto con una visita de apoyo durante el trabajo de parto.	• Hasta ocho clases/sesiones educativas en total por embarazo • Un soporte de trabajo de parto durante el parto por parto/Embarazo	Sí
Servicios Auditivos (mayores de 21 años).	Servicios de audición adicionales	• Una Evaluación Auditiva cada dos años. • Una Tarifa de Dispensación cada dos años. • Un Auxiliar Auditivo por oído, cada dos años	Sí, excepto que la Evaluación no requiere Autenticación
Comidas a Domicilio – Preparación/Alivio en Caso de Desastres	Comidas a domicilio en estado de emergencia	Una entrega anual de dos comidas por día durante 14 días (28 comidas en total) de comidas No Perecederas.	Sí

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Comidas Entregadas a Domicilio: Después de Recibir el Alta del Centro (Hospital o Centro de Enfermería).	Comidas a domicilio cuando se va del hospital o el centro de enfermería.	Tres comidas por día durante treinta días	Sí
Servicios de Enfermería/Auxiliar de Atención Médica Domiciliaria	Servicios de enfermería o auxiliar de atención médica domiciliaria en su hogar.	Sin límite	Sí
Asistencia para la vivienda	Brinda asistencia para costear la vivienda.	Hasta $500 de por vida	Sí
Sesiones de Terapia Individual para Cuidadores	Sesiones de Terapia Individual para el Cuidador principal de un miembro	Según sea necesario	Sí
Desarrollo de Habilidades para la Vida	Para niños o adolescentes con un diagnóstico de discapacidad del desarrollo para proporcionar desarrollo de habilidades para la vida que ayuden al niño o adolescente a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Estos servicios se brindarán en el hogar o en un entorno ambulatorio.	Limitado a un máximo de 160 horas por año calendario.	Sí

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Comidas Médicamente Adaptadas y Culturalmente apropiadas	Comidas a domicilio cuando está Embarazada	• Embarazo de Alto Riesgo: Hasta dos comidas por día/ hasta ocho semanas por Año Calendario/ Embarazo • No Alto Riesgo: Hasta dos comidas por día/hasta cuatro semanas por Año Calendario/ Embarazo	Sí
Sistema Móvil de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS)	Para los miembros de HCBS Wavier, Sistema Móvil de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS) y cuota de servicio mensual	Sin límite	Sí
Circuncisión del recién nacido	Circuncisión del neonato	Uno de por vida (la edad máxima es de 31 días).	No
Asesoramiento Nutricional (mayores de 21 años).	Servicios para enseñarle sobre nutrición	Límite de consultas por año.	Sí
Beneficio de artículos de venta libre	Productos relacionados con la salud y medicamentos de venta libre.	• $65 por hogar, al mes para miembros no embarazadas; • $70 por hogar, al mes para miembros embarazadas • Limitado a una lista aprobada de productos de un proveedor aprobado por el Plan.	No

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Consultas al PCP (mayores de 21 años)	Visita al consultorio/ambulatoria est.	Sin límite	No
	Cuidados en un Centro de Enfermería	Sin límite	No
	Prev. Edad Est.: 18-64	Sin límite	No
	Por revaluación del PM Est. Pac. 65+	Sin límite	No
Soporte para mascotas	Para los miembros de HCBS Waiver, Reembolso por la perrera de su mascota durante una admisión o gastos tales como alimentos para mascotas o facturas veterinarias	Hasta $500 por miembro de HCBS Waiver, por año Calendario	Sí
Terapia Física	Para los miembros de HCBS Waiver, cubre Aqua Therapy	Hasta dos meses, por Año Calendario	Sí
Servicios prenatales	Extractores de leche materna, control preparto y atención de posparto	• Extractores de leche materna de grado hospitalario de alquiler, uno por año como máximo. • Extractores de leche comunes, uno cada dos años. • Atención prenatal: embarazo con bajo riesgo: 14 consultas; con alto riesgo 18 consultas. • Atención de posparto: tres consultas dentro de los 90 días posteriores al parto.	• Extractor de leche graduado de hospital – No, ASO sin PA • Extractor de leche uno cada dos años E0603 alquiler – No se requiere PA

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Beneficio para Animales de Servicio/Terapia	Entrenamiento de Animales de Servicio/Terapia	Con Autorización Previa, hasta $5,000 en total por afiliado con SMI de por vida (puede pagarse durante varios años a los miembros activos). Máximo 20 estipendios por año.	Sí
Terapia (grupal / individual / familiar) (mayores de 21)	Terapia conductual para personas, familias o en grupo.	Ilimitado para terapia grupal ilimitada individual/familiar	Sí, después de 104 unidades (26 horas)
Terapia - Ocupacional (mayores de 21 años)	Servicios de terapia ocupacional	• Una evaluación al año. • Una revaluación al año. • Siete unidades de tratamiento de terapia a la semana. • Dos aplicaciones de fundición o flejado por año • Una evaluación de silla de ruedas adicional cada cinco años para un total de dos cada cinco años	Sí

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Terapia: Fisioterapia (mayores de 21 años)	Servicios de fisioterapia	• Una evaluación al año. • Una revaluación al año. • Siete unidades de tratamiento de terapia a la semana. • Dos aplicaciones de fundición o flejado por año • Una evaluación de silla de ruedas adicional cada cinco años para un total de dos cada cinco años	Sí
Terapia - Respiratoria (mayores de 21 años)	Servicios de terapia respiratoria	• Una evaluación al año. • Una revaluación al año. • Una consulta al día	Sí
Terapia del Habla (mayores de 21 años)	Servicios de patología del habla y lenguaje	• Evaluación/ revaluación, una al año. • Evaluación de la deglución Faríngea y Bucal. función: una al año • Consulta de Terapia del Habla, siete unidades a la semana. • Evaluación inicial/revaluación de Comunicación Aumentada o Alternativa (AAC), una al año. • Adaptación, ajuste y capacitación de AAC, hasta cuatro sesiones de 30 minutos al año.	Sí

Beneficios Ampliados de Medicaid General			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura/limitaciones**	**Autorización Previa**
Servicios Oftalmológicos (mayores de 21 años).	La ayuda visual adicional son elementos como anteojos, lentes de contacto y prótesis oculares	• Un par de marcos por año • Un examen de los ojos por año. • Los siguientes lentes de contacto se dispensan en un suministro para seis meses con una receta: • PMMA, tórico o de prisma lastrado, por lente; permeable a gases, tórico, de prisma lastrado, por lente; permeable a gases, de uso prolongado, por lente, hidrófilo, esférico, por lente, hidrófilo, tórico o prisma de lastre, por lente, uso prolongado hidrófilo, por lente; lentes de contacto, otro tipo	No
Copagos eximidos	Exención de los copagos de Medicaid	Exención de copagos para todos los servicios	No

Beneficios Ampliados del Plan de Especialidades

Servicio	Descripciones	Cobertura/limitaciones	Autorización Previa
Acupuntura (mayores de 21 años).	Para los miembros del Plan Especializado de VIH, cubre otra forma de medicina que utiliza agujas para ayudarle a aliviar los dolores	• Hasta cuatro unidades (15 minutos x 4 = 60 min utos) por consulta. • Hasta 24 visitas al año.	No

Beneficios Ampliados del Plan de Especialidades

Servicio	Descripciones	Cobertura/limitaciones	Autorización Previa
Servicios de evaluación de salud conductual	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre evaluaciones para determinar asuntos actuales y pasados, vida personal y familiar, y fortalezas y necesidades	Sin límite	No
Tratamiento del día de la salud conductual	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre los servicios Diarios de Salud Conductual, compuestos por servicios de terapia individual, grupal o familiar, y servicios de Atención Terapéutica	Sin límite	Sí
Servicios médicos de salud conductual (detección de drogas)	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre detecciones de alcohol y otras drogas	Sin límite	No
Servicios Médicos de Salud Conductual (Gestión de Medicamentos)	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre la revisión de los resultados relevantes de los análisis de laboratorio, las intervenciones farmacéuticas previas (por ejemplo, dosis de medicamentos, niveles sanguíneos, si están disponibles, y duración del tratamiento) y el uso actual de los medicamentos; la administración de medicamentos incluye el análisis de cómo le está funcionando su medicamento, y sus estrategias de tratamiento, riesgos y estrategias de gestión	Sin límite	No
Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal), salud mental/abuso de sustancias	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre las interacciones verbales (15 minutos como mínimo) entre un profesional médico cualificado y un paciente; este servicio debe estar directamente relacionado con el trastorno de la salud conductual del paciente o estar destinado a monitorear los efectos secundarios asociados con la medicación	Sin límite	No

Beneficios Ampliados del Plan de Especialidades

Servicio	Descripciones	Cobertura/limitaciones	Autorización Previa
Servicios de exámenes preventivos de salud conductual	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, cubre un servicio de detección médica relacionada con la salud conductual, que incluye una evaluación cara a cara del estado físico, una breve historia y una toma de decisiones de baja complejidad	Sin límite	No
Atención Colaborativa	Conferencia del equipo con o sin paciente	Sin límite	No
Servicios de Terapia de Masajes	Servicios de Masajes	Sin límites, con Autorización Previa	Sí
Servicios de tratamiento con asistencia de medicamentos	Para los miembros del Plan Especializado de SMI, servicios de alcohol y/o drogas; administración y/o servicio de metadona (provisión del medicamento por programa con licencia)	Sin límite	No
Administración de casos orientada a salud mental	Servicios de administración de casos específicos	Sin límite	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación psicosocial	Sin límite	Sí

Beneficios Ampliados de Pathways to Prosperity			
Servicio	**Descripciones**	**Cobertura / limitaciones**	**Autorización Previa**
Asistencia en el Cuidado de Niños	Apoyo para las miembros embarazadas, después de dar a luz, en el nuevo empleo para comenzar a trabajar	Hasta $1,500 por dos meses, una vez de por vida	Sí
Apoyo para la Eliminación de Antecedentes Penales	Apoyo para la Eliminación de Antecedentes Penales	Hasta $75 de por vida por afiliado por tarifa(s) de eliminación de antecedentes penales	Sí
Asistencia alimentaria	Apoyo para recibir Alimentos de Emergencia	$250 una vez de por vida, por hogar, con autorización, para asistencia alimentaria de emergencia	Sí
Asistencia para la vivienda	Brinda asistencia para establecer o mantener la estabilidad de la vivienda.	Hasta $1,500 por miembro de por vida, con autorización previa	Sí
Reembolso del curso de preparación de GED	Reembolso del curso de preparación de GED	Hasta $140 para clases de preparación en línea una vez de por vida por afiliado	Sí
Transporte para Citas No Médicas:	El transporte para el Plan definió las razones de viaje cubiertas, como entrevistas de trabajo, voluntariado, grupos de apoyo, etc.	Hasta 10 viajes de ida para fines no médicos, por mes y por afiliado	Sí
Asistencia para la Vivienda del Plan de Especialidad	Para los miembros del Plan de Especialidad. Brinda asistencia para establecer o mantener la estabilidad de la vivienda.	Hasta $2,500 por miembro de por vida, con autorización previa	Sí

Los beneficios del plan: Beneficio de Asistencia de Transición del Centro de Enfermería

Molina Healthcare of Florida, Inc. ofrece un beneficio de Transición a un Centro de Enfermería para ayudar a las familias de los niños que viven en un centro de enfermería a traer a sus hijos a casa. El beneficio proporcionará asistencia a los niños y sus familias para ayudar a superar las barreras que impiden que el niño viva en casa con su familia.

Este beneficio está disponible para las personas que actualmente residen en un centro de enfermería y son menores de 21 años o menores de 30 años y han estado viviendo en un centro de enfermería antes de cumplir 21 años.

El beneficio de Transición del Centro de Enfermería puede incluir lo siguiente:

- Renovaciones en el hogar
- Compra de un generador para proporcionar de energía a los equipos médicos durante los cortes
- Ampliación del hogar para darle al menor espacio para todo el equipo médico necesario y las necesidades de atención
- Construcción de un baño accesible
- Adaptaciones o compra de un vehículo equipado para satisfacer las necesidades de transporte del niño o niña
- Depósitos para ayudar con la transición (depósitos de seguridad de alquiler, comisiones de traslado)
- Reparaciones en el hogar
- Otras renovaciones y reparaciones en el hogar
- Financiamiento para ayudar con los costos de mudanza necesarios

Los miembros elegibles pueden recibir hasta $75,000 para ayudar con la transición a casa. Este beneficio es único en la vida.

Hable con su administrador de casos si cree que este beneficio puede ayudar. Pueden decirle más y ayudarle a determinar los siguientes pasos.

Si necesita ayuda para comunicarse con su administrador de casos, llame a Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711), de Lunes a Viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., hora del Este.

Los beneficios del plan: Caminos hacia la Prosperidad

El Plan evaluará a los miembros que puedan estar experimentando barreras para el empleo, la autosuficiencia económica y la independencia para acceder a los servicios de coordinación de atención/gestión de casos y las necesidades sociales relacionadas con la salud, como la asistencia para la vivienda, la sostenibilidad alimentaria, la formación profesional y los servicios de apoyo educativo.

Sección 14: Costos Compartidos para los Servicios

El costo compartido significa la parte de los costos de ciertos servicios cubiertos que es su responsabilidad pagar. El costo compartido puede incluir coaseguro, copagos y deducibles. Si tiene alguna pregunta sobre sus requisitos de costos compartidos, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 15: Información Útil sobre el Programa de Atención a Largo Plazo (LTC)

(Lea esta sección si está en el programa de LTC. Si no está en el programa de LTC, pase a la Sección 17).

Cómo iniciar los servicios

Es importante que obtengamos información sobre usted para poder asegurarnos de que reciba la atención necesaria. El Administrador de Casos programará un horario para visitar su hogar o centro de enfermería.

En la primera visita, su administrador de casos le contará sobre el programa de LTC y nuestro plan. Esta persona también le hará preguntas sobre:

- Su salud.
- Cómo se cuida.
- A qué dedica su tiempo.
- Quién le ayuda a cuidarse.
- Otras cosas.

Estas preguntas componen su **evaluación inicial.** La evaluación inicial nos ayuda a saber qué es lo que necesita para vivir de manera segura en su hogar. También nos ayuda a decidir qué servicios lo ayudarán mejor.

Desarrollo de un plan de atención

Antes de comenzar a recibir servicios del programa de LTC, debe tener un **plan de atención centrado en la persona (plan de atención).** Su administrador de casos formula su plan de atención. Su plan de atención es el documento que le indica los servicios que recibe de nuestro programa de LTC. Su administrador de casos hablará con usted y con cualquier familiar o cuidador que desee incluir para decidir qué servicios de LTC serán de ayuda. Utilizará la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan que sea adecuado para usted. Su plan de atención le indicará lo siguiente:

- Qué servicios recibe.
- Quién proporciona su servicio (sus proveedores de servicios).
- Con qué frecuencia obtiene un servicio.
- Cuando se inicia un servicio y cuando finaliza este (si tiene una fecha de finalización).
- Lo que sus servicios intentan ayudarle a hacer. Por ejemplo, si necesita ayuda para las tareas pequeñas del hogar, su plan de atención le indicará que un proveedor de servicios de acompañante adulto vaya 2 días a la semana a ayudarle con las tareas ligeras del hogar.
- Cómo trabajarán sus servicios de LTC con otros servicios que reciba fuera de nuestro plan, como Medicare, su iglesia u otro programa federal.
- Sus objetivos personales

No solo queremos garantizar que viva de manera segura. También queremos que esté conforme y se sienta conectado con su comunidad y con otras personas. Cuando su administrador de casos elabore su plan de cuidado, le preguntará sobre los **objetivos personales** que pueda tener. Estos pueden ser cualquier cosa, de verdad, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC le ayuden a lograr sus objetivos. Estos son algunos ejemplos de objetivos personales:

- Caminar durante 10 minutos todos los días.
- Llamar a un ser querido una vez a la semana.
- Ir al centro para adultos mayores una vez a la semana.
- Pasar de un centro de enfermería a un centro de ayuda con la vida diaria.

Usted o su **representante autorizado** (alguien de su confianza que tenga permiso para hablar con nosotros sobre su atención) deberán firmar su plan de atención. Así es como demostrará que está de acuerdo con los **servicios** de su **plan de atención**.

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

Actualización de su plan de atención

Todos los meses, su administrador de casos lo llamará para saber cómo siguen sus servicios y cómo está usted. Si se hacen cambios, actualizará su plan de atención y le enviará una nueva copia.

Su administrador de casos irá a verlo en persona para revisar su plan de atención cada 90 días (o aproximadamente 3 meses). Este es un buen momento para hablar con él acerca de sus servicios, de lo que funciona y lo que no funciona para usted, y cómo avanza hacia sus objetivos. Actualizará su plan de atención con los cambios. Siempre que haya cambios en su plan de atención, usted o su representante autorizado deberán firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos siempre que lo desee, para hablar de los problemas que tenga, los cambios en su vida u otros temas. Su administrador de casos o su representante del plan de salud está a su disposición cuando usted lo necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos lo ayudará a crear un **plan de respaldo.** Un plan de respaldo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta para brindarle un servicio. Por ejemplo, su auxiliar de atención médica domiciliaria no llega para darle su baño.

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

Sección 16: Los beneficios del plan: Servicios de Atención a Largo Plazo

La siguiente tabla muestra los servicios de atención a largo plazo cubiertos por nuestro plan. Recuerde que los servicios deben ser médicamente necesarios para que los podamos pagar[7].

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

Si tiene preguntas sobre alguno de los servicios de atención a largo plazo cubiertos, llame a su administrador de casos o a Servicios para Miembros.

Beneficios Médicos Cubiertos por LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Acompañamiento para adultos	Este servicio lo ayuda a preparar comidas, hacer la lavandería y las tareas domésticas livianas	Sí
Atención Médica Diurna para Adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se ofrecen en un centro de atención diurna para adultos durante el día; si está allí durante la hora de la comida, puede comer ahí.	Sí
Asistencia para las actividades de la vida diaria	Estos son los servicios que en general se brindan en un centro de ayuda con la vida diaria; los servicios pueden incluir tareas domésticas, ayuda para bañarse, vestirse, comer, asistencia para los medicamentos y programas sociales.	Sí
Servicios de atención asistencial	Estos son servicios disponibles las 24 horas del día si vive en un hogar de atención familiar para adultos.	Sí
Atención de un asistente de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica suministrados en su hogar para ayudar con el control o la recuperación de una afección médica, enfermedad o lesión	Sí
Control conductual	Servicios para necesidades de salud mental o por abuso de sustancias	Sí
Administración de Cuidados/Administración de Casos	Servicios que lo ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir de manera segura e independiente; esto incluye tener un administrador de casos y crear un plan de atención que enumere todos los servicios que necesita y recibe.	Sí

Beneficios Médicos Cubiertos por LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Capacitación del cuidador	Capacitación y asesoramiento para personas que ayudan con su cuidado	Sí
Servicios de adaptación/accesibilidad al hogar	Estos servicios hacen modificaciones en el hogar para ayudarlo a vivir y movilizarse en su hogar de manera más segura y fácil; puede incluir cambios como instalar barandas en el baño o un inodoro especial; no incluye grandes modificaciones, como alfombras nuevas, reparaciones en el techo, sistemas de plomería, etc.	Sí
Comidas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables en su domicilio	Sí
Servicios de ama de llaves	Este servicio lo ayuda con las actividades generales del hogar, como preparar la comida y las tareas domésticas de rutina	Sí
Centro de Cuidado Paliativo	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que estén al final de su vida, a fin de brindarles comodidad y aliviar sus dolores; también hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores.	No
Enfermería especializada e intermitente	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermeros todo el tiempo o la necesita en forma periódica.	Sí
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar medicamentos si no puede tomarlos usted mismo.	Sí
Equipos y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión; el equipo médico se utiliza una y otra vez, e incluye sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y otros artículos; Suministros médicos se usan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones; los suministros médicos incluyen cosas que se usan y luego se desechan, como vendajes, guantes y otros artículos	Sí
Administración de Medicamentos.	Revisión de todos los medicamentos con receta médica y de venta libre que tome.	Sí

Beneficios Médicos Cubiertos por LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Servicios de centro de enfermería	Los servicios de los centros de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con las actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional, y patología del habla y del lenguaje.	Sí
Servicios de evaluación nutricional/reducción de riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador en relación con su dieta y los alimentos que debe consumir para mantenerse saludable.	Sí
Cuidado personal.	Estos son servicios en el hogar para ayudarlo a lo siguiente: • Bañarse • Vestirse • Alimentarse • Higiene personal.	Sí
Sistemas de respuesta a emergencias personales (PERS)	Dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite llamar a emergencias en cualquier momento.	Sí
Servicios de cuidado de respiro	Este servicio les permite a sus cuidadores tomarse un descanso breve; puede utilizar este servicio en su hogar, en un centro de ayuda con la vida diaria o en un centro de enfermería.	Sí
Terapia: ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar elementos de la casa.	Sí
Terapia: física	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y a sentirse mejor después de una lesión, enfermedad, o por una afección médica	Sí
Terapia: respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos para ayudarlo a respirar mejor.	Sí
Terapia: habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar	Sí

Beneficios Médicos Cubiertos por LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Cuidado Familiar Estructurado	Servicios proporcionados en su hogar para ayudarle a vivir en su casa en lugar de en un centro de enfermería	Podemos ofrecer la opción de utilizar este servicio en lugar de los servicios del centro de enfermería.
Transporte	Transporte de ida y vuelta a sus servicios del programa de LTC; puede ser en autobús, camioneta habilitada para transportar personas discapacitadas, taxi u otros tipos de vehículos.	No

[7] Puede obtener una copia de la Política de Cobertura del Programa de Atención Médica Administrada a Largo Plazo de Medicaid a Nivel Estatal en https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies.

Opción de Dirección del Participante (PDO) de Atención a Largo Plazo

Se le puede ofrecer la Opción de dirección del participante (Participant Direction Option, PDO). Puede usar la PDO si usa cualquiera de estos servicios y vive en su hogar:

- Servicios de atención de asistentes.
- Servicios de ama de llaves.
- Servicios de cuidado personal.
- Servicios de acompañamiento para adultos.
- Servicios de atención de enfermería especializada e intermitente.

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que usted elige su proveedor de servicios y cómo y cuándo recibir los servicios. Tiene que contratar, capacitar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicios directos).

Puede contratar a familiares, vecinos o amigos. Trabajará con un administrador de casos que lo puede ayudar con la PDO.

Si le interesa la PDO, pida más detalles a su administrador de casos. También puede pedir una copia de las Pautas de PDO para leer y poder decidir si esta opción es ideal para usted.

* La PDO no es una opción disponible para los participantes del programa Intellectual and Developmental Disabilities Waiver (Exención de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo). Ver Anexo C

Los beneficios del plan: Beneficios ampliados de LTC

Los beneficios ampliados son servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Hable con su administrador de casos para saber cómo obtener beneficios ampliados.

Beneficios ampliados de LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Subvención de Asistencia para la Vivienda Envejeciendo en Casa	Asistencia financiera para ayudarle a envejecer en el lugar y permanecer en la comunidad; hasta $2500 por afiliado, de por vida, para gastos diversos de vivienda.	Sí
Centro de Ayuda con la Vida Diaria/Hogar de Atención Familiar para Adultos: Días de Reserva de Cama	Días en que se puede reservar su cama en un centro de ayuda con la vida diaria u hogar de atención familiar para adultos; máximo de 14 días; el miembro debe regresar al centro; el miembro debe residir en el centro durante un mínimo de 30 días entre un episodio y otro; los proveedores deben notificar a Molina dentro de las 48 horas siguientes al momento en que el miembro abandona el centro, para ser elegible para este beneficio.	Sí
Cesta de mudanza del Centro de ayuda con la vida diaria	• El miembro puede seleccionar hasta $50 en artículos; para los miembros de LTSS que se encuentran viviendo actualmente en un ALF y los miembros nuevos que se están trasladando/cambiando a un ALF.	No
Equipos biométricos	Control de la presión arterial y el peso • Un tensiómetro digital de presión arterial cada tres años O • Una balanza cada tres años.	Sí
Transporte para cuidadores	Cuatro viajes de ida para cuidadores por mes para visitar a un miembro que reside en un ALF	No
Sesiones de Terapia Individual para Cuidadores	Sesiones de terapia individual para el cuidador Principal de un afiliado, según sea necesario	Sí

Beneficios ampliados de LTC		
Servicio	**Descripciones**	**Autorización Previa**
Sistema Móvil de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS)	Sistema Móvil de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS) y cuota mensual de servicio	Sí
Soporte para mascotas	Reembolso por el perrero de su mascota durante una admisión o gastos como la comida para mascotas o las facturas del veterinario, hasta $500 por afiliado por Año Calendario	Sí
Terapia Física	Hasta dos meses de terapia Acuática por año calendario, con autorización previa	Sí
Asistencia para la transición: de un centro de enfermería a un entorno comunitario	Asistencia financiera para ayudarle a pasar de un Centro de Enfermería a un entorno comunitario; $5,000 de por vida	Sí

Sección 17: Satisfacción del miembro

Quejas y apelaciones acerca del plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con la atención que recibe de nuestros proveedores. Infórmenos de inmediato, en cualquier momento, si no está conforme con algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye decisiones que hayamos tomado con las que no está de acuerdo.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si no está conforme con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una **Queja**	Puede: • Llamarnos en cualquier momento. (866) 472-4585 (TTY: 711)	Nosotros haremos lo siguiente: • Intentar resolver su problema en el plazo de 1 día hábil.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si no está conforme con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una **Reclamación**	Puede: • Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. • Llamarnos para pedir más tiempo para resolver su reclamación si cree que más tiempo ayudará. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 (866) 472-4585 (TTY: 711) (877) 508-5748 (Fax) o MFLGrievanceandAppeals Department@molinahealthcare.com (Correo electrónico)	Nosotros haremos lo siguiente: • Revisar su querella y enviarle una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días. Si necesitamos más tiempo para resolver su queja, haremos lo siguiente: • Enviarle una carta con el motivo e informarle sus derechos si usted no está de acuerdo.
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede pedir una **Apelación**	Puede: • Escribirnos o llamarnos y hacer el seguimiento por escrito dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Pedir la continuación de sus servicios dentro de los 10 días de haber recibido nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas reglas. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 (866) 472-4585 (TTY: 711) (877) 508-5748 (Fax) o MFLGrievanceandAppeals Department@molinahealthcare.com (Correo electrónico)	Nosotros haremos lo siguiente: • Enviarle una carta dentro de los 5 días laborables para informarle que recibimos su apelación. • Ayudarlo a completar los formularios. • Revisar su apelación y enviarle una carta dentro de los 30 días con la respuesta.

	Lo que puede hacer:	Lo que haremos:
Si cree que esperar 30 días pondrá su salud en peligro, puede pedir una **Apelación Acelerada o "Rápida"**	Puede: • Escribirnos o llamarnos dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 (866) 472-4585 (TTY: 711) (877) 508-5748 (Fax) o MFLGrievanceandAppeals Department@molinahealthcare.com (Correo electrónico)	Nosotros haremos lo siguiente: • Darle una respuesta dentro de las 48 horas después de haber recibido su solicitud. • Llamarle el mismo día si no estamos de acuerdo en que usted necesite apelación rápida, y enviarle una carta dentro de los 2 días siguientes.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación, puede pedir una **Audiencia Imparcial de Medicaid****	Puede: • Escribir a la Agencia para la Administración de la Salud, Oficina de audiencias justas. • Pedirnos una copia de su historia clínica. • Pedir la continuación de sus servicios dentro de los 10 días de haber recibido nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas reglas. *** Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una Audiencia imparcial de Medicaid.*	Nosotros haremos lo siguiente: • Brindarle transporte a la Audiencia justa de Medicaid, si es necesario. • Reiniciar sus servicios si el estado decide a su favor. Si continúa sus servicios, podemos pedirle que pague los servicios si la decisión final no es favorable para usted.

Apelación rápida del plan

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

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Puede pedir una audiencia imparcial en cualquier momento, hasta 120 días después de recibir la Notificación de la Resolución de Apelación del Plan, por teléfono o por escrito a:

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

Si nos envía una solicitud de audiencia imparcial por escrito, asegúrese de incluir la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de miembro.
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono en el que sea posible comunicarse con usted o 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.
- Quién le gustaría que ayude con su audiencia imparcial.

Después de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia le confirmará por escrito la recepción de la solicitud. Un funcionario de audiencia que trabaje para el estado revisará la decisión que tomamos.

Si usted es miembro de MediKids, Título XXI, no tiene permitido tener una Audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión del estado (para miembros de MediKids)

Cuando solicite revisión, un funcionario de audiencia que trabaje para el estado revisará la decisión tomada durante la apelación del plan. Puede pedir la revisión del estado en cualquier momento, hasta 120 días después de recibir el aviso. **Primero debe finalizar su proceso de apelación.**

Puede pedir la revisión del estado por teléfono o por escrito a:

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

Después de recibir su solicitud, la Agencia le confirmará por escrito la recepción de la solicitud.

Continuación de beneficios para miembros de Medicaid

Si actualmente recibe un servicio que va a reducirse, suspenderse o finalizarse, tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio hasta que se tome la decisión final sobre su **apelación del Plan o audiencia imparcial de Medicaid.** Si se continúan sus servicios, no habrá cambios en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

Si continúa recibiendo servicios y nuestra decisión no lo favorece, podemos pedirle que pague el costo de esos servicios. No le retiraremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen los servicios.

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y pedir la continuación de los servicios dentro de uno de estos plazos, el que sea más largo:

- 10 días después de recibir el Aviso de determinación adversa de beneficios (Notice of Adverse Benefits Determination, NABD).
- Antes del primer día en que sus servicios se reduzcan, suspendan o finalicen.

Sección 18: Sus Derechos Como Miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con amabilidad y respeto.
- Que se respete su dignidad y su privacidad en todo momento.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Conocer quién brinda los servicios médicos y quién es responsable de su atención médica.
- Conocer qué servicios para miembros hay disponibles, incluso si un intérprete está disponible si usted no habla inglés.
- Saber qué reglas y regulaciones aplican a su conducta.
- Recibir información fácil de entender sobre su diagnóstico y hablar de forma abierta acerca del tratamiento que necesite, sus opciones de tratamientos y alternativas, riesgos y cómo estos tratamientos le beneficiarán.
- Participar en la toma de decisiones junto con su proveedor acerca de su atención médica, entre lo que se incluye el derecho a negarse a cualquier tratamiento, excepto que la ley establezca lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar por su atención médica.
- Saber si el proveedor o el centro aceptan la tasa de asignación de Medicare.
- Ser informado, antes de recibir un servicio, acerca de cuánto puede costarle.
- Obtener una copia de una factura y que se le expliquen los cargos.
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeore si no lo recibe.
- Saber si el tratamiento médico tiene fines experimentales y aceptar o rechazar participar de dicha investigación.
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos.
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su historia clínica y solicitar que se agregue o corrija la información en ella, si es necesario.
- Mantener su historia clínica privada y que solo se comparta cuando la ley lo exija o con su aprobación.
- Decidir cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (directiva avanzada).
- Presentar una reclamación sobre un tema que no sea una decisión del Plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión de un plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no es parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro plan.
- Hablar con libertad sobre su atención médica y preocupaciones sin resultados negativos.
- Ejercer sus derechos libremente sin que el Plan ni sus proveedores de red le traten mal.
- Recibir atención sin miedo a cualquier tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan
- Obtener servicios disponibles y accesibles cubiertos por el Plan (incluye En lugar de servicios (ILOS))

Los miembros de LTC tienen los siguientes derechos:

- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un ambiente hogareño, sin importar el lugar donde viva.
- Recibir información sobre su participación en la comunidad, el establecimiento de objetivos personales y cómo puede participar en ese proceso.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita.
- Poder formar parte de las decisiones en torno a su atención médica.
- Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o beneficio.
- Elegir los programas en los que participa y los proveedores que le brindan atención.

Sección 19: Sus Responsabilidades como Miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Dar información precisa sobre su salud a su Plan y proveedores.
- Informar a su proveedor acerca de cambios inesperados en su estado de salud.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que comprende un curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su proveedor, seguir instrucciones de cuidado que acordó con él y hacer preguntas.
- Asistir a sus citas o notificar a su proveedor si no podrá cumplir con una cita.
- Hacerse cargo de sus acciones si se rechaza el tratamiento o no cumple con las instrucciones que le brinda el proveedor de atención médica.
- Asegurarse de que el pago se realice en el caso de los servicios no cubiertos que reciba.
- Seguir las reglas y reglamentos de conducta del centro de atención médica.
- Tratar al personal de atención médica y al administrador de casos con respeto.
- Informarnos si tiene problemas con cualquier miembro del personal de atención médica.
- Utilizar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Notificar a su administrador de casos si se produce algún cambio en sus datos personales (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan de ser necesario para su seguridad.
- Informar fraudes, abusos y pagos excesivos.

Los miembros de LTC tienen las siguientes responsabilidades:

- Informar a su administrador de casos si desea cancelar la inscripción del programa de atención a largo plazo.
- Acordar y participar en la evaluación presencial anual, en las consultas presenciales trimestrales y en el contacto telefónico mensual con su administrador de casos.

Sección 20: Otra información importante

Responsabilidad del Paciente para Servicios de Atención a Largo Plazo (LTC) o de Cuidados Paliativos

Si recibe un servicio de LTC o de cuidados paliativos, es posible que deba pagar una “participación en el costo” por sus servicios cada mes. A esta participación en el costo se le conoce como "responsabilidad del paciente". El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) le enviará una carta por correo cuando usted sea elegible (o para informarle sobre los cambios) de los servicios de LTC o cuidados paliativos de Medicaid. Esta carta se denomina “Notificación de Acción de Caso” (Notice of Case Action, NOCA). La carta del NOCA le indicará las fechas de elegibilidad y cuánto debe pagar al centro donde vive, si vive en un centro, por su participación en el costo de sus servicios de LTC o cuidados paliativos.

Para obtener más información acerca de la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC y comunicarse con el DCF llamando gratis al número de teléfono (866) 762-2237 o visitar el sitio web del DCF en **https://www.myflfamilies.com/medicaid** (desplácese hacia abajo hasta la sección Medicaid for Aged or Disabled [Medicaid para Adultos Mayores o Personas Discapacitadas] y seleccione el documento titulado “SSI-Related Fact Sheets” [Hojas Informativas Relacionadas con el Ingreso de Seguridad Suplementario]).

Protección del Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, IHCP)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos por servicios prestados o recibidos por un IHCP o por remisiones en virtud de los servicios de salud por contrato.

Plan de emergencia en caso de desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse usted y su familia, es importante estar preparados. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado; 2) Crear un Plan y 3) Conseguir un Kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia ante desastres, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La Florida Division of Emergency Management (División del Manejo de Emergencias de Florida) también puede ayudarle con su plan.
Puede llamar al (850) 413- 9969 o visitar su sitio web en
https://www.floridadisaster.org/.

Para los miembros de LTC, su administrador de casos lo ayudará a crear un plan en caso de desastres.

Consejos sobre Cómo Evitar Fraudes y Abusos de Medicaid:

- NO comparta información personal, como su número de Medicaid, con ninguna otra persona fuera de sus proveedores de confianza.
- Sea cauteloso con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o con las llamadas que no solicitó.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en textos o correos electrónicos no solicitados, o en las plataformas de redes sociales.

Fraude/Abuso/Sobrepago en el programa Medicaid

Para denunciar cualquier sospecha de fraude o abuso de Medicaid de Florida, llame de forma gratuita a la Línea directa para Quejas del Consumidor al (888) 419-3456 o complete un Formulario de Quejas por Fraudes y Abusos de Medicaid, que está disponible en línea en:

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

También puede informar fraude y abuso comunicándose con nosotros directamente y sin cargo a la Línea de Alertas de Molina Healthcare AlertLine, al (866) 606-3889, o puede ingresar al sitio web del servicio para hacer una denuncia en cualquier momento, en: **http://www.molinahealthcare.com/**.

También puede informar casos de fraude, despilfarro o abuso al Departamento de Cumplimiento Normativo de Molina Healthcare of Florida. Tiene derecho a poder informar sus inquietudes en forma anónima sin temor a represalias.

Molina Healthcare of Florida Attn: Compliance Department
Westside Plaza I, Ste 120A,
8400 NW 33rd St
Doral, FL 33122

Recuerde incluir la siguiente información al realizar la denuncia:

- Naturaleza de la queja.
- Nombres de las personas o entidades involucradas en la sospecha de fraude o abuso, incluidos la dirección, el número de teléfono, el número de identificación de Medicaid y otra información de identificación.

Abuso/negligencia/explotación de personas

Nunca debe recibir un maltrato. Nunca es correcto que alguien lo lastime o lo atemorice. Hable sobre sus inquietudes con su PCP o administrador de casos.

Si cree que fue víctima de maltrato o negligencia, puede llamar a la Línea Directa para Casos de Abuso al (800) 96-ABUSE (800-962-2873) o para TTY/TDD al (800) 955-8771

También puede llamar a la línea directa si conoce a otra persona que haya recibido un maltrato. La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame gratis a la National Domestic Violence Hotline (Línea Directa Nacional de Violencia Doméstica) al (800) 799-7233 (TTY (800) 787-3224).

Directivas Anticipadas

Una **directiva anticipada** es una declaración escrita o verbal sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted. Algunas personas establecen directivas anticipadas cuando se enferman de gravedad o están en las últimas etapas de la vida. Otras personas establecen directivas anticipadas cuando están saludables. Usted puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender y obtener estos documentos. No cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único objetivo es informar a otras personas lo que desea si no puede hablar por usted mismo.

- Testamento vital.
- Designación de un sustituto de atención médica.
- Una donación anatómica (órgano o tejido).

- Puede descargar un formulario de directiva avanzada en este sitio web:

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

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de casos, sepa si tiene una directiva anticipada y dónde se encuentra.

Si hay cambios en la ley sobre directivas anticipadas, le informaremos dentro de los 90 días siguientes. No es necesario que tenga una directiva anticipada si no lo desea.

Si su proveedor no cumple con sus instrucciones anticipadas, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711), o ante la Agencia al (888) 419-3456.

Cómo obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre los tipos de información que puede recibir en forma gratuita. A continuación, le indicamos algunos ejemplos:

- Su registro de miembro.
- Una descripción de cómo operamos.
- Una copia gratuita de las reglas que se utilizaron para tomar la decisión.
- Información sobre los incentivos del proveedor.

Sección 21: Recursos Adicionales

http://floridahealthfinder.gov/

La Agencia está comprometida con su misión de brindar una "Mejor atención médica para toda la gente de Florida". La Agencia creó un sitio web **http://floridahealthfinder.gov/** donde puede ver la información sobre las agencias de atención médica a domicilio, los centros de enfermería, los centros de ayuda con la vida diaria, los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales de Florida. En el sitio web, puede encontrar estos tipos de información:

- Información de certificación profesional actualizada.
- Informes de inspección.
- Acciones legales.
- Resultados de salud.
- Precios.
- Mediciones de rendimiento.
- Folletos de educación para el consumidor.
- Testamentos vitales.
- Calificaciones de rendimiento de calidad, entre las que se encuentran los resultados de la encuesta de satisfacción del miembro.

La Agencia recopila información de todos los planes sobre las diferentes medidas de rendimiento de la calidad de la atención que suministran los planes. Las medidas permiten al público entender cómo cumplen los planes las necesidades de sus miembros. Para ver los informes de calificación del Plan, consulte https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13.

Unidad de vivienda para adultos mayores

La Unidad de vivienda para adultos mayores brinda información y asistencia técnica a adultos mayores y líderes de la comunidad sobre opciones accesibles de viviendas y asistencia para las actividades de la vida diaria. El Florida Department of Elder Affairs (Departamento de Asuntos de Adultos Mayores) de Florida tiene un sitio web con información sobre los centros de ayuda con la vida diaria, los hogares de atención familiar para adultos, los centros de atención diurna para adultos y los centros de enfermería, en **https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options/- options/** y también enlaces a recursos Federales y Estatales adicionales.

Información de MediKids

Si desea información de la cobertura de MediKids, visite: http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml.

Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para Personas Discapacitadas o de Edad Avanzada)

Póngase en contacto con el Centro de recursos para personas discapacitadas o de edad avanzada para obtener información y asistencia adicional sobre beneficios federales y estatales, programas y servicios locales, servicios de prevención de delitos y servicios legales, oportunidades educativas o planificación de ingresos.

Programa de apoyo para el consumidor independiente

El Florida Department of Elder Affairs (Departamento de Asuntos de Adultos Mayores) también ofrece un programa Independent Consumer Support Program (ICSP). El ICSP trabaja con el Statewide Long-Term Care Ombudsman Program (Progama Estatal de Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo), el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas maneras de obtener información y ayuda cuando lo necesiten. Para obtener información adicional, llame a la Elder Helpline (Línea de Ayuda para Adultos Mayores) al (800) 96-ELDER (800-963 5337) o visite **https://elderaffairs.org/**.

Sección 22: Inscripción

1. Formulario para Presentación de Quejas/Apelaciones del Miembro
2. Formulario para Nombrar un Representante (AOR)

Formulario para Presentación de Quejas/ Apelaciones del Miembro

Enviar este formulario por correo postal a:

Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit PO
Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Línea gratuita: (866) 472-4585 (TTY: 711)
Número de Fax: (877) 508-5748

En Letra de Imprenta

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre de la persona que presenta la solicitud; si no es el miembro, completar el formulario para Nombramiento del Representante adjunto: _____

Núm. de Identificación del Miembro: _____ Núm. telefónico de contacto diurno: _____

Problemas específicos:

(adjunte otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio).

Firma del Miembro _____ Fecha _____

Si desea asistencia con su solicitud, podemos ayudarlo. Puede llamarnos o escribirnos a:

Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit PO Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Línea gratuita: (866) 472-4585 (TTY: 711)
Número de fax: (877) 508-5748

Formulario para Presentación de Quejas/ Apelaciones del Miembro

MOLINA HEALTHCARE

Instrucciones para presentar una queja o apelación:

Complete este formulario en su totalidad. Describa los problemas con el mayor detalle posible.

1. Complete este formulario en su totalidad. Describa los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte a este formulario una copia de los registros que desee presentar. (No envíe documentos originales).
3. Puede presentar su información en persona. Para hacerlo, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711).
4. Podemos ayudarle a escribir su solicitud y brindarle asistencia en el idioma en el que habla.
5. Si es mayor de 18 años y otra persona actúa en su nombre, debe presentar un formulario para Nombramiento del representante (Appointment of Representative, AOR). Use el Formulario de AOR adjunto.
6. Usted, o alguien de su elección para que actúe en su nombre, puede revisar su archivo de apelación antes del proceso de apelación o durante él. Su archivo de apelación incluye toda su historia clínica y otros documentos relacionados con su caso.
7. Devuelva el formulario completado a Molina Healthcare of Florida Appeal and Grievance Unit PO Box 36030
   Louisville, KY 40233-6030
   Fax: (877) 508-5748
8. Enviaremos un acuse de recibo de su solicitud por escrito.

Gracias por utilizar el Proceso de Quejas para Miembros de Molina Healthcare.

Formulario para Nombrar un Representante (AOR)

Nombre del Miembro

Número de ID del Miembro de Molina

Nombramiento del Representante

Estoy de acuerdo con nombrar a_____(Nombre y dirección) como mi representante con una reclamación o una apelación por_____(problema específico).

Apruebo que esta persona realice o entregue un pedido o notificación, presente pruebas, obtenga información, incluida, entre otros, la entrega de lo siguiente en el pasado, presente o futuro: resultados de análisis de VIH, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas psicológicas/psiquiátricas e información de las evaluaciones, y otra información sobre diagnóstico médico, tratamientos o afecciones, y recibir notificaciones en relación con mis procesos pendientes de querella/apelación.

Firma (miembro)

Dirección

Número Telefónico (con Código de Área)

Fecha

Aceptación de la designación

Yo,_____, por medio del presente documento, acepto el nombramiento que antecede. Certifico que no he sido sospechoso ni tengo prohibida la práctica ante la Administración del Seguro Social; que como funcionario o exempleado del Gobierno de los Estados Unidos, no estoy descalificado para actuar como representante del reclamante; que no cobraré ni recibiré honorarios por la representación a menos que haya sido autorizado de acuerdo con las leyes y regulaciones.

Soy

(abogado, representante sindical, pariente, etc.)

Firma (miembro)

Dirección

Número Telefónico (con Código de Área)

Fecha

No discriminación en el suministro de servicios médicos

Molina cumple con la orientación establecida en la norma final de la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, que incluye la notificación contra la discriminación y las instrucciones para acceder a servicios de idiomas en todos los materiales importantes para el Miembro, las ubicaciones físicas para el servicio de nuestros Miembros y todas las páginas de inicio del sitio web de MMA de Molina. Todos los Proveedores que se unan a la red de Proveedores de Molina también deben cumplir con las disposiciones y orientaciones establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) y la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR). Molina exige a los Proveedores que brinden servicios a los Miembros de Molina sin discriminar por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, la orientación sexual, el embarazo y los estereotipos sexuales. Los Proveedores deben publicar un aviso de no discriminación en un lugar visible de su consultorio junto con los mensajes traducidos a los quince (15) idiomas principales que se hablen en el estado, para asegurarse de que los Miembros de Molina entiendan sus derechos, cómo acceder a servicios de idiomas y el proceso para presentar quejas si creen que hubo una discriminación.

Además, los Proveedores participantes o la Asociación de médicos independientes (Independent physician association, IPA)/Grupos médicos contratados no pueden limitar su práctica por una afección del Miembro (física o mental) o por expectativa de necesidad de atención frecuente o de alto costo. Los Proveedores no deben discriminar a los miembros por motivo de su condición de pago y no pueden negarse a atender a Miembros porque reciban asistencia de un Programa Medicaid del Estado.

Investigaciones según la Sección 1557

Comuníquese con nosotros al (800) 424-4518 (TTY: 711) si necesita alguno estos servicios.
Todos los Proveedores de Molina divulgarán todas las investigaciones que se realicen según la Sección 1557 de la Protection and Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio), al Coordinador de Derechos Civiles de Molina, a:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator 200
Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802 Toll Free:
(866) 606-3889
TTY/TDD: 711
En línea: https://molinahealthcare.AlertLine.com
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com

Please note: If you have a disability and need more help, we can help you. If you need someone that speaks your language, we can also help. You may call our Member Services Department at (866) 472-4585 for more help from 8:00 am to 7:00 pm. If you are blind or have trouble hearing or communicating, please call 711 forTTY/TTD services. We can help you get the information you need in large print, audio (sound), and braille. We provide you with these services for free.

Tenga en cuenta lo siguiente: si tiene una discapacidad y necesita más ayuda, podemos ayudarlo. También podemos ayudarlo si necesita a alguien que hable en su idioma. Para obtener más ayuda, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4585, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Si es ciego o tiene problemas de audición o comunicación, llame al 711 para acceder a servicios de TTY/TDD. Podemos ayudarlo a obtener
la información que necesita en letra de molde grande, audio (sonido) y en sistema Braille. Estos servicios son gratuitos.

Remake: Si ou gen yon andikap epi ou bezwen plis èd, nou kapab ede w. Si ou bezwen yon moun ki pale lang ou an, nou kapab
ede w tou. Ou gendwa rele Depatman Sèvis Manm nou an nan (866) 472-4585 pou jwenn plis èd soti 8è:00 a.m. rive 7è:00 p.m. Si ou avèg oswa ou gen difikilte pou tande oswa pou kominike, tanpri rele 711 pou sèvis TTY/TTD yo. Nou kapab ede w jwenn enfòmasyon oubezwen an gwo karaktè, odyo (son) ak an Bray. N ap ba w sèvis sa yo pou gratis.

Xin lưu ý: Nếu quý vị là người khuyết tật và cần thêm trợ giúp, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị cần người có thể nói ngôn ngữ của quý vị, chúng tôi cũng có thể giúp. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số (866) 472-4585 để được trợ giúp thêm từ 8:00 am đến 7:00 pm. Nếu quý vị bị mù hoặc có vấn đề về thính giác hoặc giao tiếp, vui lòng gọi 711 cho dịch vụ TTY/TTD. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận thông tin quý vị cần bằng bảng chữ in lớn, âm thanh và chữ nổi Braille. Chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ này cho quý vị.

Notificación de no discriminación

Molina Healthcare of Florida, Inc.

Medicaid

La discriminación va en contra de la ley. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina llamando al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Ste 100
Long Beach, CA 90802
Teléfono: (866) 472-4585 (TTY: 711)
Fax: (877) 508-5738
Correo electrónico: **civil.rights@molinahealthcare.com**

Puede presentar una reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Departamento de Servicios para Miembros de Molina está disponible para ayudarle. Puede obtener nuestro procedimiento de reclamación en nuestro sitio web: https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**,. Igualmente, lo puede hacer por correo postal o teléfono en:
U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Mensaje sobre no discriminación - Sección 1557

Molina Healthcare of Florida, Inc.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 472-4585 (TTY: 711).

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711).

French Creole (Haitian Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (866) 472-4585 (TTY: 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (866) 472-4585 (TTY: 711).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (866) 472-4585 (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (866) 472-4585（TTY：711）。

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (866) 472-4585 (TTY : 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (866) 472-4585 (TTY: 711).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (866) 472-4585 (телетайп: 711).

Arabic

تظوملحم: اذإ تكن ركذا ثدحتت غةللا، نإف تامدخ تداعسملا ةيوغللا رفاوتت نإجملابلا لكل. لتصا مقرب (866) 472-4585 (مقر فتاه مصلا مكبلاو: 711).

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (866) 472-4585 (TTY: 711).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (866) 472-4585 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (866) 472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polish

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (866) 472-4585 (TTY: 711).

Gujarati

ધ્યાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (866) 472-4585 (TTY: 711).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).

MEM 1501 HP EHB Member Handbook v5 AA 20251120