



Manual para miembros de Molina Healthcare of Florida Medicaid



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

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 usted no habla inglés, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

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 communiquer avec 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 yon pwofesyonèl 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 a trovare 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 de contacto importante

Línea de ayuda de Servicios para Miembros	(888) 275-8750 Línea de Asesoramiento 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., ET
TTY de la Línea de ayuda de Servicios para Miembros	(866)735-2922 Línea de Asesoramiento de Enfermería 711 Servicios para Miembros	Disponible las 24 horas De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., ET
Sitio web	www.MolinaHealthcare.com	
Dirección	Molina Healthcare Westside Plaza 1, Ste 120A, 8400 NW 33 rd 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 al (866) 472-4585 para que lo ayuden a coordinar estos servicios.
Servicios de la vista	iCare: (866) 472-4585
Laboratorio	Quest Diagnostics Para encontrar ubicaciones cerca de usted, llame al (866) 697-8378.
Artículos de venta libre	OTC Health Solutions (888) 628-2770, TTY: (877) 672-2688
Opción de dirección del participante (Participant-Directed Option, PDO) para la atención a largo plazo	Consumer Direct (866) 472-4585

Servicio	Información de contacto
Para denunciar presuntos casos de abuso, negligencia, 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 de Medicaid	(866) 762-2237 TTY: 711 o (800) 955-8771 https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME
Para denunciar un caso de fraude o abuso de Medicaid	(888) 419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
Para presentar un reclamo sobre un centro de atención médica	(888) 419-3456 http://ahca.myflorida.com/MCHO/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia justa de Medicaid	(877) 254-1055 (239) 338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar un reclamo sobre servicios de Medicaid	(877) 254-1055 TDD: (866) 467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para obtener información para personas mayores	(800) 96-ELDER (800-963-5337) http://elderaffairs.state.fl.us/does/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 atención médica urgente	Línea de Asesoramiento de Enfermería, (888) 275-8750, disponible las 24 horas o busque su centro de atención de urgencia más cercano en https://molina.sapphirethreesixtyfive.com/?ci=fl-medicaid&locale=en_us
En caso de emergencia	9-1-1 O bien, diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Índice

Le damos la bienvenida al Plan de Atención Administrada de Medicaid en todo el estado de Molina Healthcare of Florida	6
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación).....	7
Sección 2: Su privacidad.....	8
Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros.....	9
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?.....	9
Sección 5: Si cambia su información.....	10
Sección 6: Cambios en su plan médico.....	10
Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid.....	10
Sección 8: Inscripción en nuestro plan.....	11
Sección 9: Cómo dejar nuestro plan.....	14
Sección 10: Manejo de su atención.....	15
Sección 11: Cómo acceder a los servicios.....	16
Sección 12: Información útil sobre sus beneficios.....	18
Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de asistencia médica administrada.....	23
Sección 14: Costos compartidos para servicios.....	52
Sección 15: Información útil sobre el Programa de Atención a Largo Plazo (LTC).....	52
Sección 16: Beneficios de su plan: servicios de atención a largo plazo.....	54
Sección 17: Satisfacción de los miembros.....	59
Sección 18: Sus derechos como miembro.....	63
Artículo 19: Sus responsabilidades como miembro.....	64
Sección 20: Otra información importante.....	65
Sección 21: Recursos adicionales.....	67
Sección 22: Formularios.....	69

Le damos la bienvenida al Plan de Atención Administrada de Medicaid en todo el estado de Molina Healthcare of Florida

Molina Healthcare of Florida tiene un contrato con la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida (Agency for Health Care Administration) (Agencia) para brindar servicios de atención médica a personas con Medicaid. Esto se denomina Programa de **Atención Administrada de Medicaid en todo el estado (Statewide Medicaid Managed Care, SMMC)**. 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 ayudar a satisfacer sus necesidades.

Hay diversos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un Plan de **Asistencia Médica Administrada (Managed Medical Assistance, MMA)**. Si es un adulto mayor o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios en un centro de enfermería y servicios en el hogar y en la comunidad en un plan de **Atención a Largo Plazo (Long-Term Care, LTC)**. Si tiene una afección médica determinada, como sida, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades en un Plan de **Especialidad**.

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

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., ET.

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

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

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

Su tarjeta de identificación se verá de esta manera:

MMA/ESPECIALIDAD:

The image shows the front of a Molina Healthcare Medicaid identification card. The card has a teal header with the Molina Healthcare logo on the left and the word "Medicaid" in white on a teal background on the right. Below the header, the text is as follows:

Molina Healthcare of Florida, Inc.
Miembro: <Member_Name_1>
Número de identificación: <Member_ID_1>
Fecha de nacimiento: <Date_of_Birth_1>
PCP: <PCP_Name_1>
Teléfono del PCP: <PCP_Phone_Number_1>

RxBIN: <RxBIN_1>
RxPCN: <RxPCN_1>
RxGRP: <RxGroup_1>

Servicios para Miembros: (877) 472-4585 (TTY: 711)
Horario: de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. De lunes a viernes

Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas:
Inglés (888) 275-8750 **Español** (866) 648-3537 **TTY** (866) 735-2922

MiMolina.com

LTC:

The image shows the front of a Molina Healthcare Medicaid - LTC identification card. The card has a teal header with the Molina Healthcare logo on the left and the text "Medicaid - LTC" in white on a teal background on the right. Below the header, the text is as follows:

Molina Healthcare of Florida, Inc.
Miembro: <Member_Name_1>
Número de identificación: <Member_ID_1>
Fecha de entrada en vigencia:

El miembro recibió servicios de atención a largo plazo y de administración de casos únicamente a través de Molina Healthcare.

MiMolina.com

Sección 2: Su privacidad

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Las siguientes son nuestras políticas de privacidad y protecciones:

Su información de salud protegida

PHI quiere decir información de salud protegida (protected health information, PHI). La PHI es información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores, y que es utilizada o compartida por Molina.

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

- Para proporcionarle tratamiento.
- Para pagar su atención médica.
- Para revisar la calidad de la atención que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención.
- Para ejecutar nuestro plan de salud.
- Para utilizar o compartir la PHI con otros fines exigidos o permitidos por la ley.

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para fines no mencionados anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Consultar su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su PHI de determinadas formas.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares a los que le dimos su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza muchas maneras para proteger la PHI en todo nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en palabras escritas, habladas o en computadoras. A continuación, se presentan algunas formas en que Molina protege la PHI:

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita quién puede ver la PHI. Solo el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede usarla.
- El personal de Molina está capacitado sobre cómo proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe aceptar por escrito que cumplirá las reglas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina protege la PHI en nuestras computadoras. Mantenemos la privacidad de la PHI en nuestras computadoras mediante el uso de *firewalls* y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

- Mantener la privacidad de su PHI.
- Proporcionarle información por escrito relacionada con su PHI, como este aviso sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad.
- Seguir los términos de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad.

¿Qué puede hacer si siente que sus derechos de privacidad no han sido respetados?

- Llame o escriba a Molina para presentar un reclamo.
- Presente una queja ante el Department of Health and Human Services.

No vamos a conservar nada en su contra. Su acción no modificará de ninguna manera su atención. Lo anterior es solo un resumen. Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad contiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Está en nuestro sitio web en: www.MolinaHealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad 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., ET.

Divulgación de información sobre afecciones confidenciales

La divulgación de información sobre afecciones y servicios protegidos y confidenciales, incluidos los servicios psicoterapéuticos, requiere su permiso antes de que podamos compartirla con otros proveedores. Puede darnos su permiso completando el formulario de Autorización de Molina para usar y divulgar (Authorization to Use and Disclose, AUD) información de salud protegida. 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., ET.

Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), averiguar si un servicio está cubierto, obtener remisiones, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicarle cualquier cambio que podría 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., pero no en los feriados aprobados por el estado (como Navidad y Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener su tarjeta de identificación a mano para que podamos ayudarlo. (Si pierde su tarjeta de identificación o se la roban, llame a Servicios para Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario de atención

Si llama fuera del horario de atención, puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas al: (888) 275-8750 para 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 ayudar. Contamos con personas que nos ayudan a comunicarnos con usted en su idioma. Brindamos esta ayuda de forma gratuita.

Para personas con discapacidades: si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos para obtener ayuda adicional. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor es accesible para sillas de ruedas o tiene dispositivos para comunicarse. Además, ofrecemos servicios como los siguientes:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Ayuda a las personas que tienen problemas para oír o para hablar a realizar llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporciónenos nuestro número telefónico de Servicios para Miembros. Es (866) 472-4585. Lo pondrán en contacto con nosotros.

- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille.
- Ayuda para programar o asistir a citas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad. Todos estos servicios se brindan de manera gratuita.

Sección 5: Si cambia su información

Si alguna parte de su información personal cambia, háganoslo saber lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de atención médica.

El Department of Children and Families (DCF) también necesita saber si cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Comuníquese con el DCF al número gratuito (866) 762-2237 (TTY (800) 955-8771) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. También puede ingresar a su sitio web en <https://myaccess.myflfamilies.com> y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency) (MyACCESS). Si recibe la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para informar los cambios. Llame a la línea gratuita de 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 del Seguro Social o ingresar cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Cambios en su plan médico

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

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

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

A veces, las cosas en su vida pueden cambiar, y estos cambios pueden afectar si puede seguir teniendo Medicaid. Es muy importante asegurarse de que tenga Medicaid antes de asistir a cualquier cita. El hecho de que tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que todavía tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si considera que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su Medicaid, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y lo recupera en un plazo de 180 días, estará inscrito nuevamente en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, continúe usando su tarjeta de identificación de Medicare siempre que necesite servicios médicos (por ejemplo, ir al médico o al hospital), pero también presente su tarjeta de identificación de Medicaid a su proveedor.

Si va a tener un bebé

Si tiene un bebé, estará cubierto por nosotros en la fecha del nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos si ya nació su bebé y la ayudaremos a asegurarse de que esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada **antes** de que su bebé nazca para garantizar que su bebé tenga Medicaid. Comuníquese con el DCF al número gratuito (866) 762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para comunicarse con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Le darán un número de Medicaid para su bebé. Infórmenos sobre este número cuando lo reciba.

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, tiene 120 días para probarlo. Si no está conforme por algún motivo, puede inscribirse en otro plan del SMMC de la misma región. Una vez que hayan pasado esos 120 días, usted está inscrito en nuestro plan por el resto del año. Esto se llama estar **vinculado** a un plan. Cada año que recibe Medicaid y se inscriba en el programa de SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

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

No tiene que cambiar de plan durante su período de inscripción abierta. Si decide retirarse de nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su período de inscripción abierta. Una vez que se inscriba en el nuevo plan, su inscripción quedará vinculada hasta su próximo período de inscripción abierta. Puede llamar al agente 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 (Long-Term Care, LTC) de SMMC brinda servicios en centros de enfermería y atención basada en la comunidad a las personas mayores y a los adultos (a partir de los 18 años) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares y les ofrecen servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer, ayuda con las tareas domésticas y las compras, o supervisión.

Pagamos por los servicios que se proporcionan en el centro de enfermería. Si vive en un centro de enfermería de Medicaid a tiempo completo, es probable que ya esté en el programa LTC. Si no sabe, o cree que no está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudar.

El programa LTC también brinda ayuda a las personas que viven en su hogar. Sin embargo, el espacio para estos servicios en el hogar es limitado, por lo que antes de poder recibir estos servicios, debe hablar con alguien que le haga preguntas sobre su salud. Esto se denomina prueba de detección. Los Centros de Recursos para Personas Mayores y con Discapacidad (Aging and Disability Resource Centers, ADRC) del Department of Elder Affairs se encargan de completar estas selecciones. Una vez finalizada la prueba de selección, el ADRC le notificará sobre su colocación en la lista de espera

o le brindará una lista de recursos si no se lo colocó en la lista de espera. Si lo colocan en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación y Revisión Integral para Servicios de Atención a Largo Plazo (Comprehensive Assessment and Review for Long- Term Care Services, CARES) del Department of Elder Affairs le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Una vez que esté inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que continúe cumpliendo con los requisitos para el programa cada año.

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



CENTROS DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDADES (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 32807
(352) 378-8849
www.agingresources.org

PSA 4

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

PSA 6

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

PSA 7

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

PSA 8

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

PSA 10

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

PSA 11

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

Sección 9: Cómo dejar nuestro plan

Dejar un plan se denomina **cancelación de la inscripción**. Según la ley, las personas no pueden dejar un plan ni cambiarlo mientras estén vinculadas, salvo si se trata de motivos específicos. Si desea dejar nuestro plan mientras está vinculado, llame al agente de inscripción del estado para saber si se le permitirá cambiar de plan.

Puede dejar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de cancelación de la inscripción por una causa¹):

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas.
- Usted vive y recibe sus servicios de atención a largo plazo de un centro de vida asistida, un hogar de atención familiar para adultos o un centro de enfermería proveedor que estaba en nuestra red, pero que ya no está en nuestra red.

Si ha completado nuestro proceso de quejas y apelaciones, también puede dejar nuestro plan por los siguientes motivos²:

- Recibió una atención de mala calidad, y la Agencia estuvo de acuerdo con usted en esto después de haber examinado su historia clínica.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero sí los puede obtener a través de otro plan.
- Se retrasaron sus servicios sin una razón justificada.
- Si tiene preguntas sobre si puede cambiar de plan, comuníquese con los Servicios para Miembros al (866) 472-4585 (TTY: 711) o con el agente de inscripción del estado al (877) 711-3662 (TDD [866] 467-4970).

Eliminación de nuestro plan (cancelación involuntaria de la inscripción)

La Agencia podrá eliminarlo de nuestro plan (y a veces hasta del programa de SMMC en su totalidad) debido a ciertos motivos. Esto se denomina **cancelación involuntaria de la inscripción**. Los motivos son los siguientes:

- Pierde la elegibilidad para Medicaid.
- Se muda fuera del área donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Utiliza su tarjeta de ID del plan de forma incorrecta (a sabiendas) o permite que otra persona use su tarjeta de ID del plan.
- Falsifica recetas.
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta brindarle atención.
- Está inscrito en el programa de LTC y vive en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no son similares a un hogar y no se mudará a un centro que sí lo sea.³

Si la Agencia lo elimina de nuestro plan porque violó la ley o debido a su comportamiento, no podrá regresar al programa de SMMC.

¹ Para obtener la lista completa de los motivos de cancelación de la inscripción por una causa, consulte la regla administrativa de Florida 59G- 8.600:

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

² Para saber cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 17, Satisfacción del miembro, en la página 59.

³ Esto es solo para los inscritos en el programa de Cuidados a Largo Plazo. Si tiene alguna pregunta sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos.

Sección 10: Manejo de su atención

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

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

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

Le pediremos que complete una evaluación de riesgos para la salud cuando se inscriba. Una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) nos ayudará a comprender sus necesidades de atención médica y cómo podemos ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Solo se tarda unos minutos en completarla. Podemos llamarlo, enviarle un mensaje de texto o 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 a MFLCommunityConnectors@molinahealthcare.com para obtener más información.

Cómo cambiar los administradores de casos

Si desea elegir otro administrador de casos, llame a Servicios para Miembros. Habrá ocasiones en las que tengamos que cambiar su administrador de casos. Si necesitamos hacerlo, le enviaremos una carta para informarle al respecto y es posible que lo llamemos.

Cosas importantes que debe contarle a su administrador de casos

Si cambia algo en su vida, o no desea un servicio o proveedor, infórmeselo a su administrador de casos. Debe informar a su administrador de casos en estas situaciones:

- No le gusta un servicio.
- Tiene preocupaciones en relación con un proveedor de servicios.
- Sus servicios no son los correctos.
- Obtiene un nuevo seguro médico.
- Va al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador ya no puede ayudarlo.
- Cambia su situación de vivienda.
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambian.

Solicitud para poner sus servicios en espera

Si algo cambia en su vida y necesita interrumpir sus servicios por un tiempo, infórmeselo a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que complete y firme un Formulario de Consentimiento para la Suspensión Voluntaria para poner sus servicios en espera.

Sección 11: Cómo acceder a los servicios

Antes de obtener un servicio o acudir a una cita de atención médica, tenemos que asegurarnos de que necesite dicho servicio y que sea médicamente apropiado para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Para hacerlo, analizaremos sus antecedentes médicos y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Luego, decidiremos si ese servicio puede ayudarlo. Para tomar estas decisiones, seguimos las reglas de la Agencia.

Proveedores en nuestro plan

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

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

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

Proveedores fuera de nuestro plan

Existen algunos servicios que puede obtener de proveedores que no se encuentran en nuestra red de proveedores. Estos servicios son:

- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios preventivos de salud para las mujeres, como exámenes de mamas, pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y atención prenatal.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Atención de emergencia.

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

Cuándo pagamos por sus servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero es posible que Molina Healthcare cubra algunos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al (866) 472-4585 (TTY: 711) para recibir ayuda para programar estos servicios.

Tipo de servicios dentales:	El plan dental cubre:	El plan médico cubre:
Servicios dentales	Cubiertos cuando acude a su dentista o higienista dental	Cubiertos cuando acude a su médico o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubiertos para servicios dentales brindados por su dentista	Cubiertos cuando son prestados por médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema dental	Con cobertura	Con cobertura
Medicamentos recetados para una visita o problema dental	Sin cobertura	Con cobertura
Transporte para acudir a su cita o servicio dental	Con cobertura	Con cobertura

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que deba pagar las citas o los servicios que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es aquel que debemos brindar en el programa de Medicaid. Todos los servicios mencionados en este manual están cubiertos. Recuerde que el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo vaya a necesitar. Es posible que deba pagar los servicios si no los aprobamos primero.

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

Servicios para niños⁴

Debemos proporcionar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros de entre 0 y 20 años. Es así por ley. Esto es así incluso si no cubrimos un servicio o si el servicio tiene un límite. Siempre que los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, tienen alguna de las siguientes características:

- No tienen límites de monto.
- No tendrán límite de tiempo, como límites por hora o por día.

Es posible que su proveedor deba pedirnos una aprobación antes de brindarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

⁴ También conocidos como requisitos de “detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico” (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT).

Servicios cubiertos por el sistema de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos por Molina Healthcare of Florida

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en vez de que Molina Healthcare of Florida los cubra:

- Programa de Asociación Certificado por el County Health Department (CHD)
- Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad para presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para la disautonomía familiar (Familial Dysautonomia, FD)
- Medicamentos para la hemofilia relacionados con factores
- Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility Services for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID)
- Programa de compatibilidad escolar certificado por Medicaid (Medicaid Certified School Match, MCSM)
- Exención modelo para servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de audición para recién nacidos
- Atención pediátrica prolongada recetada
- Programa Certificado contra el Abuso de Sustancias del condado

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

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

Objeciones morales o religiosas

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

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Si tiene Medicare, comuníquese al número que aparece 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, un enfermero especializado o un asistente médico. Se comunicará con su PCP para programar una cita para recibir sus servicios; por ejemplo, por seguimientos regulares, vacunas o enfermedades. Su PCP también lo ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas. Esto se llama **remisión**. Para elegir a su PCP, llame a 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, le asignaremos uno para usted y su familia.

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

Cómo elegir un PCP para su hijo

Puede elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Podemos ayudarlo si se comunica con Servicios para Miembros. Si su bebé nace y todavía no eligió un PCP, elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que pueda tener sus visitas de bienestar infantil cada año. Las visitas de bienestar infantil son para niños de entre 0 y 20 años. Estas visitas son seguimientos regulares que los ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber lo que sucede con este y cómo está creciendo. Es posible que su hijo también reciba vacunas en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y a mantener a su hijo sano⁵.

Puede llevar a su hijo a un pediatra, un proveedor de medicina familiar u otro proveedor de atención médica. No necesita una remisión para visitas de bienestar infantil. Además, estas son sin cargo.

Atención de especialistas y remisiones

En ocasiones, es posible que deba consultar a un proveedor que no sea su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades específicas. Primero, hable con su PCP. Este lo remitirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica.

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

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una **segunda opinión** sobre su atención. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver lo que tiene que decir sobre su atención. El segundo proveedor le brindará su punto de vista. Esto puede ayudarlo a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. Obtener una segunda opinión es sin cargo.

Su PCP, su administrador de casos o Servicios para Miembros pueden ayudarlo a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar uno con nosotros, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita consultar a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, debemos aprobarlo antes de la consulta.

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. Necesita atención de urgencia cuando tiene una lesión o enfermedad que debe recibir tratamiento en un plazo de 48 horas, su salud o su vida no está en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP, o necesita la atención después de que el consultorio de su PCP haya cerrado.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas al (888) 275-8750 para inglés, (866) 648-3537 para obtener asistencia en otros idiomas y (866) 735-2922 para TTY. El personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

⁵ Para obtener más información sobre las pruebas de detección y las evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las "Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule" (Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: cronograma de periodicidad) en <http://www.aap.org/>.

También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano a usted comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio web: MolinaProviderDirectory.com/FL

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía u hospitalización nocturna, su PCP lo coordinará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que usted acuda, excepto en casos de emergencia. No pagaremos por servicios hospitalarios, a menos que los aprobemos con anticipación o que se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, este trabajará con usted y su proveedor para establecer los servicios para cuando usted regrese a su hogar desde el hospital.

Atención de emergencia

Usted tiene una afección médica de **emergencia** cuando está tan enfermo o herido que su vida o salud está en peligro si no recibe ayuda médica de inmediato. Estos son algunos ejemplos:

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Embarazo en curso, en trabajo de parto o sangrado.
- Dificultad para respirar.
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar.

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

Si su afección es grave, llame al 911 o acuda al centro de emergencias más cercano de forma inmediata. Puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de si su caso es una emergencia, llame a su PCP. Este le dirá qué hacer.

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

Si tiene una emergencia mientras se encuentra lejos de su casa, obtenga la atención médica que necesite. Asegúrese de llamar a Servicios para Miembros cuando pueda e informarnos al respecto.

Cómo surtir recetas

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos recetados. Tenemos una lista de ellos. Esta lista se llama **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-medicoid-preferred-drug-list-pdl> o llamando a Servicios para Miembros.

Cubrimos **medicamentos de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero a menudo son más baratos que los medicamentos de marca. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que debamos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de surtirlo.

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

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar cada cierto tiempo, pero le informaremos si esto sucede.

Información sobre farmacia especializada

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas, como cáncer, artritis reumatoide y esclerosis múltiple. Los medicamentos especializados suelen requerir cuidados especiales. Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Solo están disponibles a través de una farmacia especializada. Las farmacias especializadas contratadas por Molina son CVS Caremark Specialty y Publix Specialty Pharmacy. Si no desea usar 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., ET.

Servicios de salud del comportamiento

Hay ocasiones en las que es posible que necesite hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre se siente triste.
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar.
- Se siente inútil.
- Tiene problemas para dormir.
- No tiene ganas de comer.
- Abusa de alcohol o drogas.
- Tiene problemas en su matrimonio.
- Le preocupa la crianza de sus hijos.

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud del comportamiento que pueden ayudar con los problemas que pueda estar enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud del comportamiento para programar una cita. Para encontrar un proveedor de salud del comportamiento, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros.
- Consultar nuestro directorio de proveedores.
- Visitar nuestro sitio web: [MolinaProviderDirectory.com/FL](https://www.molina.com/FL).

Alguien estará disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una remisión de su PCP para recibir servicios de salud del comportamiento.

Si está pensando en lastimarse o lastimar a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si se encuentran fuera del área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP si es posible. Realice un seguimiento con su proveedor en un plazo de 24 o 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, prepararemos su transferencia a un hospital o proveedor que se encuentre dentro de la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programa de Recompensas para Miembros

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

- Programa para dejar de fumar
- Atención preventiva pediátrica y para adultos
- Programas de pérdida de peso
- Programa de tratamiento de trastornos por abuso de alcohol o sustancias
- Programa de Recompensas por Embarazo

Recuerde que no se pueden transferir las recompensas. Si deja nuestro plan por más de 180 días, no podrá recibir su recompensa. Si tiene alguna pregunta o quiere unirse a alguno de estos programas, llámenos al (866) 472-4585.

Programas de Control de Enfermedades Crónicas

Tenemos programas especiales disponibles que lo ayudarán si tiene una de estas afecciones. Consulte los [Programas de Manejo de Enfermedades de Medicaid de Florida](#) o llame al (866) 472-4585 para obtener más información.

- Cáncer y prevención del cáncer para ayudarlo a prevenir, comprender mejor y afrontar un diagnóstico de cáncer.
- Diabetes y prevención de la diabetes para ayudarlo a prevenir y controlar la diabetes.
- Depresión y prevención de la depresión (incluida la prevención del suicidio) para ayudarlo a través de la coordinación de la atención.
- El virus de inmunodeficiencia humana (Human Immunodeficiency Virus, HIV), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y la prevención del HIV están disponibles para ayudar a prevenir y controlar el HIV/sida.
- Programa para el asma para ayudarlo a controlar mejor su asma o la de su hijo.
- Programa para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) para ayudarlo a controlar y coordinar la atención necesaria.
- Presión arterial alta (hipertensión) para ayudarlo a controlar su presión arterial.
- Programas de salud del comportamiento para ayudarlo a controlar su afección relacionada con la salud del comportamiento y ayudarlo con la coordinación de la atención.
- Problemas relacionados al final de la vida, incluida la información sobre las directivas anticipadas junto con información sobre las directivas anticipadas para sus seres queridos.
- Si está inscrito en el programa de LTC, también ofrecemos programas para los problemas de demencia o Alzheimer.
- Programa de Apoyo al Cuidador y Manejo de Enfermedades.
- Demencia y enfermedad de Alzheimer

Programas de Mejora de la Calidad

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

- Programa para niños
- Programa de violencia doméstica
- Programa de prevención del embarazo
- Programa de atención prenatal/posparto
- Programas de salud del comportamiento

- Programa para dejar de fumar
- Programa de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que considere que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para Miembros.

Sección 13: Beneficios de su plan: servicios de asistencia médica administrada

La siguiente tabla enumera los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Recuerde que es posible que necesite una remisión de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Pagamos por los servicios que se consideren médicamente necesarios⁶

Es posible que existan algunos servicios que no cubramos, pero pueden estar cubiertos por Medicaid. Hay algunos servicios que su estado ha determinado que son médicamente apropiados y que pueden brindarse en vez de un servicio o entorno cubierto por el plan estatal. Estos se denominan “servicios alternativos (In Lieu of Services, ILOS)”. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid al (877) 254-1055. Si necesita un traslado para recibir alguno de estos servicios, podemos ayudarlo. Puede llamar a MTM Health al (888) 298-4781 para programar un traslado.

Si se realizan cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le informaremos por escrito, al menos, 30 días antes de la fecha en que se produzca el cambio.

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

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de centros que aceptan adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas y al alcohol	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios para alergias	Servicios utilizados para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son consecuencia de una enfermedad	Cubrimos pruebas de sangre o pruebas cutáneas de alergia médicamente necesarias, y hasta 156 dosis por año de vacunas para la alergia	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia están disponibles para cuando necesita atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o apoyo especial cuando es trasladado de un centro a otro	Con cobertura por necesidad médica	Sí, para el transporte de un centro a otro
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios prestados a personas que están en proceso de abstinencia de drogas o alcohol <servicios de tratamiento o desintoxicación por abuso de sustancias en un entorno ambulatorio>	<ul style="list-style-type: none"> • Por recomendación nuestra y necesidad médica • 3 horas al día durante un máximo de 30 días 	Sí
Servicios en centros de cirugía ambulatoria	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (paciente ambulatorio)	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de atención asistencial	Servicios proporcionados a adultos (mayores de 18 años) para ayudarlos con las actividades de la vida diaria y a tomar medicamentos.	Cubrimos 365 o 366 días de servicio por año, según sea médicamente necesario.	Sí
Análisis de comportamiento (Behavior Analysis, BA)	Intervenciones, estrategias y enfoques estructurados provistos para reducir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos apropiados	Cubrimos a beneficiarios menores de 21 años que requieran servicios médicamente necesarios	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación de salud del comportamiento	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud del comportamiento	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial por año • Una reevaluación por año • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud del comportamiento (no más de 30 minutos al día) 	No
Servicios de superposición para la salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento provistos a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, según sean médicamente necesarios, incluida la terapia, los servicios de apoyo y la planificación de cuidados después de la atención	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente tal como lo indique su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas cardíacas • Procedimientos quirúrgicos cardíacos • Dispositivos cardíacos 	No, en el consultorio
Administración de casos específicos de servicios de salud infantil	<p>Servicios que se brindan a niños (de 0 a 3 años) para ayudarlos a obtener atención médica y otros servicios</p> <p>○</p> <p>Servicios proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que usan servicios médicos de cuidados de acogida temporal</p>	<p>Su hijo debe estar inscrito en el programa Primeros Pasos del Departamento de Salud (DOH)</p> <p>○</p> <p>Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos para niños de acogida</p>	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de quiropráctica	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de las desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 24 visitas por año, por miembro • Radiografías 	No
Servicios clínicos	Servicios de atención médica brindados en un departamento de salud del condado, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural	Cubrimos según sea médicamente necesario	No
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios brindados por un equipo de salud mental a niños que corren el riesgo de ir a un centro de tratamiento de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Por recomendación nuestra y necesidad médica • Por día, de 8 a 10 horas de tratamiento por semana durante 2 a 4 meses 	Sí
Servicios de unidades de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se prestan en un centro que no es un hospital regular	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones	Cubrimos lo siguiente, según lo indicado por su médico tratante cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de hemodiálisis • Tratamientos de diálisis peritoneal. 	No
Servicios en centros sin cita	Servicios prestados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a obtener tratamientos o vivienda	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión; el equipo médico duradero se utiliza en repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, entre otros artículos; los suministros médicos son artículos que se utilizan una sola vez y luego se desechan	Según sea médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y edad; llame a Servicios para Miembros para obtener más información	Sí
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de entre 0 y 3 años que han desarrollado retrasos u otras afecciones	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial una vez en la vida, completada por un equipo • Hasta 3 pruebas de detección por año • Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año • Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana 	No
Servicios de transporte de emergencia	Transporte brindado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) que lo llevan al hospital debido a una emergencia	Con cobertura por necesidad médica	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación y gestión	Servicios para acudir a las visitas médicas para mantenerse saludable o tratar enfermedades	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección (seguimiento) de salud para adultos por año • Visitas de bienestar infantil ofrecidas en función de la edad y las necesidades de desarrollo • Una visita por mes para las personas que viven en un centro de enfermería • Hasta dos visitas al consultorio por mes para los adultos que necesiten tratar enfermedades o afecciones 	No
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 26 horas por año 	Sí
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a las familias durante el tratamiento de salud mental de sus hijos	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o trastornos del estómago o del sistema digestivo	Cubrimos según sea médicamente necesario	No
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o patologías de los genitales o del sistema urinario	Cubrimos según sea médicamente necesario	No
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de la salud mental	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 39 horas por año 	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Beneficios auditivos	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición; esto incluye audífonos y reparaciones	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según lo recetado por su médico cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares • Un audífono nuevo por oído, una vez cada tres años • Reparaciones 	Sí
Servicios de atención médica domiciliaria	Servicios de enfermería o de asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión, o a recuperarse de estas	Cubrimos lo siguiente, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 4 visitas por día para beneficiarias embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años • Hasta 3 visitas por día para todos los demás beneficiarios 	Sí
Servicios de cuidados paliativos	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de la vida para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor; los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares o cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura por necesidad médica • Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; puede tener responsabilidad del paciente para los servicios de cuidado paliativo ya sea si vive en su hogar, en un centro o en un centro de enfermería 	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Asistencia de vivienda		1 unidad = 15 minutos; H0043 limitada 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 individuales con un profesional de la salud mental	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 26 horas por año 	No
Servicios previos y posteriores a las pruebas de salud mental para niños pequeños	Servicios de pruebas ofrecidos por un profesional de salud mental con capacitación especial en bebés y niños pequeños	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Atención hospitalaria de desintoxicación para pacientes internados	Alojamiento y comidas: semiprivado, dos camas	365 días para menores de 21 años y 45 días para mayores de 21 años, sin incluir los días de emergencia o los días según la Ley Marchman	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital; esto puede incluir todas las pruebas, los medicamentos, las terapias y los tratamientos, las visitas de los médicos y los equipos que se utilizan para tratarlo	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados según la edad y la situación cuando son médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (los días adicionales están cubiertos en caso de emergencias) 	Sí
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o patologías de la piel	Con cobertura por necesidad médica	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de laboratorio	Servicios que se encargan de analizar sangre, orina, saliva y otros elementos del cuerpo cuando se padece una afección, enfermedad o patología	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios médicos de cuidado tutelar	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de cuidado tutelar	Deben estar bajo la custodia del Department of Children and Families	No
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios que se utilizan para ayudar a las personas que están luchando contra la adicción a las drogas	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones a la hora de tomar medicamentos	Con cobertura por necesidad médica	No
Programa Intensivo de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Servicios de salud mental en un programa intensivo ambulatorio (programa de tratamiento que funciona como mínimo), que incluyen evaluación, consejería, intervención en crisis y terapias de actividad o educación	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario, hasta nueve semanas: <ul style="list-style-type: none"> • 3 horas por día • 3 días a la semana y se basa en un plan de tratamiento individualizado 	Sí
Servicios del programa de hospitalización parcial en salud mental	Tratamiento proporcionado en un hospital durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental	Por recomendación nuestra y necesidad médica: <ul style="list-style-type: none"> • 90 días al año para mayores de 21 años • No hay límites anuales para niños menores de 21 años 	Sí
Administración de casos específicos de salud mental	Servicios para recibir atención médica y de salud del comportamiento para personas con enfermedades mentales	Con cobertura por necesidad médica	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios móviles de evaluación e intervención en caso de crisis	Un equipo de profesionales de atención médica que proporciona servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el hogar de las personas	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios de terapia multisistémica	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños en riesgo de tratamiento residencial de salud mental	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de transporte que no es de emergencia	Transporte de ida y vuelta a todas sus citas médicas; esto podría ser en el autobús, una camioneta que puede transportar a personas con discapacidades, un taxi u otro tipo de vehículos	Cubrimos los siguientes servicios para beneficiarios que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Viajes fuera del estado • Traslados entre hospitales o centros • Acompañantes cuando sea médicamente necesario 	Sí, con excepciones; comuníquese con MTM Health para obtener más información
Ingreso en un centro de enfermería	Alojamiento y comidas en el centro de enfermería	1 unidad = 15 minutos; máximo de 8 unidades por día, 96 unidades por año	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios del centro de enfermería	Atención médica o atención de enfermería que recibe mientras vive en un centro de atención de enfermería a tiempo completo; esto puede ser una hospitalización para rehabilitación a corto o largo plazo	Cubrimos 365 o 366 días de servicios en centros de cuidado, según sea médicamente necesario Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de alojamiento y comidas	Sí
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar artículos en su casa	Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos hasta el tope de \$1,500 por servicios para pacientes ambulatorios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial por año • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años Para las personas de cualquier edad, cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas; una en el momento de la entrega y otra ó meses después 	Sí
Servicios de cirugía oral	Servicios que proporcionan extracciones (remociones) de dientes y que se utilizan para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal	Con cobertura por necesidad médica	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos de los huesos o las articulaciones	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios hospitalarios ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital pero no va a pasar la noche; esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visita de médicos y equipo que se utilice para tratarlo	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de emergencia están cubiertos, según sean médicamente necesarios. • Los servicios no urgentes no pueden costar más de \$1,500 por año en el caso de los beneficiarios de 21 años o más. 	Sí
Servicios para el manejo del dolor	Tratamientos para dolores duraderos que no mejoran después de que se hayan brindado otros servicios	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que salen del hospital para recibir tratamiento de salud mental	Por recomendación nuestra y necesidad médica: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 30 días al año 	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica	<p>Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos hasta el tope de \$1,500 de servicios para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial por año • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Para las personas de cualquier edad, cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de seguimiento de la silla de ruedas; una al momento de la entrega y otra 6 meses después 	Sí
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies	<p>Cubrimos según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 24 visitas al consultorio por año • Cuidado de pies y uñas • Radiografías y otras imágenes del pie, el tobillo y la pierna • Cirugía en el pie, el tobillo o la pierna 	No
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para medicamentos que su médico u otro proveedor de atención médica le recetaron	<p>Cubrimos según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro de medicamentos para hasta 34 días por receta • Surtido de medicamentos según lo recetado 	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería proporcionados en el hogar para personas de entre 0 y 20 años que necesitan atención constante	Cubrimos según sea médicamente necesario: • Hasta 24 horas por día	Sí
Servicios hospitalarios de especialidad psiquiátrica	Servicios de salud mental de emergencia que se prestan en un centro que no es un hospital regular	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios de pruebas psicológicas	Prueba que se utiliza para detectar o diagnosticar problemas de memoria, IQ u otras áreas	Cubrimos según sea médicamente necesario: • 10 horas de pruebas psicológicas por año	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen la ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas.	Cubrimos según sea médicamente necesario: • Hasta 480 horas por año	Sí
Servicios de programas de tratamiento residencial calificados	Servicios destinados a niños para proporcionar tratamiento de salud del comportamiento, residencial y basado en la comunidad	Cubrimos según sea médicamente necesario a los miembros menores de 18 años	Sí
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen estudios de diagnóstico por imágenes, como radiografías, MRI (resonancia magnética), CAT (tomografía computarizada); también incluyen radiografías portátiles	Cubierto según sea médicamente necesario	Sí
Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios brindados a mujeres embarazadas y recién nacidos en un hospital que cuenta con centros de cuidado especial para tratar afecciones graves	Cubierto según sea médicamente necesario	No

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres embarazadas o que desean quedar embarazadas; también incluyen servicios de planificación familiar que brindan medicamentos y suministros para el control de la natalidad, para ayudarla a planificar el tamaño de su familia	Cubrimos los servicios de planificación familiar según sean médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que ser parte de nuestro plan. No necesita obtener una aprobación previa para recibirlos. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años	No
Servicios respiratorios	Servicios utilizados para tratar afecciones, enfermedades o patologías de los pulmones o del sistema respiratorio	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas respiratorias • Procedimientos quirúrgicos respiratorios • Manejo de dispositivos respiratorios 	No
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de entre 0 y 20 años que los ayudan a respirar mejor mientras son tratados por una afección, enfermedad o patología respiratoria	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial por año • Una reevaluación de la terapia cada seis meses • Hasta 210 minutos de tratamiento terapéutico por semana (máximo de 60 minutos por día) 	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de autoayuda/entre pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones • Servicios para niños en cuidado tutelar • Servicios grupales en el hogar 	Sí
Servicios de patología del habla y del 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 entre 0 y 20 años: <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos y servicios de comunicación • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial por año Cubrimos los siguientes servicios, según sean médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación de comunicación cada 5 años 	Sí
Servicios del Programa Psiquiátrico para Pacientes Internados en todo el estado	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	Con cobertura para niños de entre 0 y 20 años si son médicamente necesarios	Sí

Servicios médicos cubiertos

Servicio	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando del abuso de sustancias	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios para el tratamiento residencial a corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios del comportamiento terapéuticos en el lugar	Servicios brindados por un equipo para prevenir que niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud del comportamiento sean ingresados en un hospital u otro centro	Cubrimos según sea médicamente necesario • Hasta 9 horas por mes	Sí
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen todas las cirugías y los cuidados pre y posquirúrgicos	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios de mejora visual	Mejoras visuales hace referencia a artículos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (falsos)	Cubrimos los siguientes servicios cuando son recetados por su médico: • Dos pares de anteojos para los niños de 0 a 20 años • Una montura cada dos años y dos lentes cada 365 días en el caso de los adultos mayores de 21 años • Lentes de contacto • Ojos protésicos	No
Servicios de atención de la vista	Servicios que evalúan y tratan afecciones, enfermedades y patologías de los ojos	Con cobertura por necesidad médica	No

Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son aquellos bienes o servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Llame a Servicios para Miembros para preguntar sobre cómo recibir los beneficios ampliados.

Beneficios generales ampliados de Medicaid			
Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Subvención de asistencia de vivienda para envejecer en el lugar	Para los miembros de la exención HCBS, asistencia financiera para ayudarlos a envejecer en el lugar y permanecer en la comunidad para gastos diversos de vivienda	Hasta \$2,500 por inscrito, una vez en la vida	Sí
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios proporcionados a personas que están dejando de consumir drogas o alcohol	Ilimitado, con autorización previa	Sí
Equipo biométrico	Controlar la presión arterial y el peso	<ul style="list-style-type: none"> • Un tensiómetro digital cada tres años • Una báscula cada tres años 	Sí
Transporte de cuidadores	Para que los cuidadores del miembro de la exención HCBS visiten a un miembro que reside en un centro de atención para la vida asistida	Cuatro viajes de ida al mes	Sí
Servicios de telefonía celular	Cobertura de servicio adicional para el teléfono SafeLink	Minutos adicionales y mensajes de texto ilimitados	No
Quiropráctica (mayores de 21 años)	Servicios brindados por quiroprácticos. Tratamiento de manipulación de las desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar nervios, músculos y órganos	Uno nuevo + 35 regulares o 36 regulares (12 visitas adicionales por año) más radiografías	No

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Atención colaborativa	Cubre la prestación por parte de su PCP de una administración de la atención médica activa y colaborativa con sus proveedores de salud del comportamiento	Sin límite	No
Pañales para las nuevas madres	Después del nacimiento del bebé vivo, pañales para mamás recientes. Para inscribirse en este beneficio, debe comunicarse con la Administración de Casos durante los treinta (30) días posteriores a quedar embarazada o convertirse en miembro de Molina, lo que ocurra más tarde.	<ul style="list-style-type: none"> • Un caso por mes durante un máximo de seis meses después del nacimiento del bebé 	Sí
Servicios de doula	Evaluaciones prenatales, posparto o educación en el hogar, junto con una visita de apoyo para el trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ocho clases/sesiones educativas en total por embarazo • Un apoyo para el trabajo de parto durante el parto por parto/embarazo 	Sí
Servicios de audición (mayores de 21 años)	Servicios de audición adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación de audición cada dos años • Una tarifa de dispensación por dos años • Un audífono por oído, cada dos años 	Sí, salvo que la evaluación no requiera autorización
Comidas a domicilio: preparación/socorro en caso de desastre	Comidas entregadas a domicilio durante el estado de emergencia	Una entrega anual de dos comidas por día durante 14 días (28 comidas en total) de comidas no perecederas	Sí

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Comidas entregadas a domicilio: después del alta del centro (hospital o centro de enfermería)	Comidas en su casa cuando salga del hospital o del centro de enfermería	Tres comidas al día durante 30 días	Sí
Servicios de enfermería/ auxiliares de atención domiciliaria	Auxiliar de atención médica a domicilio o ayuda de enfermería en su hogar	Ilimitado	Sí
Asistencia de vivienda	Brinda asistencia para pagar una 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 una discapacidad del desarrollo diagnosticada para brindar el 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 diaria. Estos servicios se prestarán en el hogar o en un entorno ambulatorio	Hasta 160 horas por año calendario	Sí

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Comidas médica y culturalmente apropiadas	Comidas entregadas a domicilio durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de alto riesgo: hasta dos comidas por día/hasta ocho semanas por año calendario/embarazo • Sin alto riesgo: hasta dos comidas por día/hasta cuatro semanas por año calendario/embarazo 	Sí
Sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) móvil	Para los miembros de la exención HCBS, sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) móvil y tarifa de servicio mensual	Ilimitado	Sí
Circuncisión del recién nacido	Circuncisión neonatal	Uno una vez en la vida (la edad máxima es de 31 días)	No
Consejería nutricional (mayores de 21 años)	Servicios que le enseñan sobre nutrición	Límite de visitas por año	Sí
Beneficio de artículos de venta libre	Medicamentos de venta libre de farmacia y productos relacionados con la salud	<ul style="list-style-type: none"> • \$65 por hogar, por mes para miembros no embarazadas • \$70 por hogar, por mes para miembros embarazadas • Limitado a una lista aprobada de productos de un proveedor aprobado por el plan 	No

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Visitas al PCP (mayores de 21 años)	Consulta en consultorio/ ambulatoria para est.	Ilimitado	No
	Atención en un centro de enfermería	Ilimitado	No
	Prev. Est. Edades: 18-64	Ilimitado	No
	Reeval. por PM est. Pacientes mayores de 65 años	Sin límite	No
Apoyo para mascotas	Para los miembros de la exención HCBS, reembolso por la guardería de su mascota durante un ingreso o gastos como alimentos para mascotas o facturas veterinarias	Hasta \$500 por miembro de la exención HCBS, por año calendario	Sí
Fisioterapia	Para los miembros de la exención HCBS, se cubre la terapia acuática	Hasta dos meses, por año calendario	Sí
Servicios prenatales	Extractores de leche materna, control parto y atención posparto	<ul style="list-style-type: none"> • Extractor de leche de uso hospitalario alquilado, máximo uno por año • Extractores de leche regulares, uno cada dos años • Manejo parto: embarazo de bajo riesgo, 14 visitas; alto riesgo, 18 visitas • Atención después del parto: tres visitas durante los 90 días posteriores al parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Extractor de leche graduado de uso hospitalario: no, ASO sin autorización previa • Sacaleches, uno cada dos años; E0603 de alquiler: no se requiere PA

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Beneficio de animales de terapia/servicio	Adiestramiento de animales de terapia/servicio	Con autorización previa, un total de hasta \$5,000 por inscrito con una enfermedad mental grave (severe mental illness, SMI) de por vida (se puede pagar durante varios años a los miembros activos). Máximo de 20 estipendios por año	Sí
Terapia (grupal/individual/familiar) (mayores de 21 años)	Terapia del comportamiento para individuos, familias o en grupo	Sin límite para terapia individual/familiar, sin límite para terapia grupal	Sí, después de 104 unidades (26 horas)
Terapia ocupacional (mayores de 21 años)	Servicios de terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación por año • Una reevaluación por año • Siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana • Dos aplicaciones de yeso o vendaje al año • Una evaluación adicional de una silla de ruedas cada cinco años, para un total de dos cada cinco años 	Sí

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Fisioterapia (mayores de 21 años)	Servicios de fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación por año • Una reevaluación por año • Siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana • Dos aplicaciones de yeso o vendaje al año • Una evaluación adicional de una silla de ruedas cada cinco años, para un total de dos cada cinco años 	Sí
Terapia respiratoria (mayores de 21 años)	Servicios de terapia respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación por año • Una reevaluación por año • Una visita por día 	Sí
Terapia del habla (mayores de 21 años)	Servicios de patología del habla y del lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación/ reevaluación: una por año • Evaluación de la función de deglución oral y faríngea: una por año • Visita de terapia del habla: siete unidades por semana • Evaluación/ reevaluación inicial de la AAC: una por año • Ajuste, ajuste y entrenamiento de AAC: hasta cuatro sesiones de 30 minutos al año 	Sí

Beneficios generales ampliados de Medicaid

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Servicios de la vista (mayores de 21 años)	Las mejoras visuales adicionales son artículos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (falsos)	<ul style="list-style-type: none"> • Un par de monturas al año • Un examen de la vista por año • Los siguientes lentes de contacto se entregan en suministros de seis meses con receta médica: • PMMA, lente tórico o prismático, por lente; permeable al gas, tórico, prismático, por lente; permeable al gas, de uso prolongado, por lente; hidrófilo, esférico, por lente; hidrófilo, tórico o de prisma, por lente; hidrófilo de uso prolongado, por lente; lentes de contacto, otro tipo 	No
Sin copagos	Exención de copagos de Medicaid	Sin copagos para todos los servicios	No

Beneficios ampliados del plan de Especialidad

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Acupuntura (mayores de 21 años)	Para los miembros del plan de especialidad para HIV, cubre otro tipo de medicamento con agujas para aliviar el dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta cuatro unidades (15 minutos x cuatro = 60 minutos) por visita • Hasta 24 visitas por año 	No

Beneficios ampliados del plan de Especialidad

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación de salud del comportamiento	Para los miembros del plan de Especialidad en SMI, cubre evaluaciones para determinar problemas actuales y pasados, vida personal y familiar y fortalezas y necesidades	Sin límite	No
Tratamiento diario de salud del comportamiento	Para los miembros del plan de Especialidad en SMI, cubre servicios diarios de salud del comportamiento, compuestos por servicios de terapia individual, grupal o familiar y servicios de atención terapéutica	Sin límite	Sí
Servicios médicos de salud del comportamiento (prueba de detección de drogas)	Para los miembros del Plan de Especialidad de SMI, cubre pruebas de detección de alcohol y otras drogas	Ilimitado	No
Servicios médicos de salud del comportamiento (administración de medicamentos)	Para los miembros del Plan de Especialidad de SMI, cubre la revisión de los resultados de las pruebas de laboratorio relevantes, las intervenciones de farmacia previas (p. ej., dosis de medicamentos, niveles sanguíneos si están disponibles y la duración del tratamiento) y el uso actual de los medicamentos; la administración de medicamentos incluye analizar cómo funcionan sus medicamentos para usted y su tratamiento, los riesgos y las estrategias de administración	Ilimitado	No

Beneficios ampliados del plan de Especialidad

Servicios	Descripción	Cobertura/ limitaciones	Autorización previa
Servicios médicos de salud del comportamiento (interacción verbal), salud mental/abuso de sustancias	Para los miembros del plan de Especialidad en SMI, cubre las interacciones verbales (un mínimo de 15 minutos) entre un profesional médico calificado y un beneficiario; este servicio debe estar directamente relacionado con el trastorno de salud del comportamiento del beneficiario o para supervisar los efectos secundarios asociados con el medicamento	Sin límite	No
Servicios de detección de salud del comportamiento	Para los miembros del plan de Especialidad en SMI, cubre un servicio de detección médico relacionado con la salud del comportamiento que incluye una evaluación en persona del estado físico, antecedentes breves y toma de decisiones de baja complejidad	Sin límite	No
Atención colaborativa	Conferencia de equipo con o sin el paciente	Sin límite	No
Servicios de terapia de masajes	Servicios de masajes	Ilimitado, con autorización previa	Sí
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Para los miembros del Plan de Especialidad de SMI, servicios para personas con discapacidad para el abuso de alcohol o drogas; administración o servicio de metadona (suministro del medicamento mediante un programa autorizado)	Sin límite	No

Beneficios ampliados del plan de Especialidad

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Administración de casos dirigidos a la salud mental	Administración de casos específicos	Sin límite	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación psicosocial	Sin límite	Sí

Beneficios ampliados: caminos a la prosperidad

Servicios	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
Asistencia con el cuidado infantil	Apoyo a las miembros embarazadas, después de dar a luz, en un nuevo empleo para comenzar a trabajar	Hasta \$1,500 por dos meses, una vez en la vida	Sí
Apoyo para la eliminación de antecedentes penales	Apoyo para la eliminación de antecedentes penales	Hasta \$75 una vez en la vida por inscrito para las tarifas de eliminación de antecedentes penales	Sí
Asistencia de alimentos	Apoyo alimentario de emergencia	\$250 una vez en la vida, por hogar, con autorización, para apoyo alimentario de emergencia	Sí
Asistencia de 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 para el GED	Reembolso del curso de preparación para el GED	Hasta \$140 para clases de preparación en línea una vez en la vida, por inscrito	Sí
Transporte no médico	Transporte por motivos de viaje cubiertos y definidos por el plan, como entrevistas de trabajo, voluntariado, grupos de apoyo, etc.	Hasta 10 viajes de ida con fines no médicos, por mes, por inscrito	Sí
Asistencia para vivienda del plan de Especialidad	Para 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

Beneficios de su plan: beneficio de asistencia para la transición de un centro de enfermería

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

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

El beneficio de transición de un centro de enfermería puede incluir lo siguiente:

- Reformas en el hogar.
- Compra de un generador para proporcionar energía a equipos médicos durante los apagones.
- Adición en el hogar para darle al niño espacio para todo el equipo médico necesario y las necesidades de atención.
- Adición de un baño accesible.
- Adaptaciones o compra de un vehículo equipado para satisfacer las necesidades de transporte del niño.
- Depósitos para ayudar con la transición (depósitos de seguridad de alquiler, tarifas de mudanza).
- Reparaciones en el hogar.
- Otras renovaciones y reparaciones en el hogar.
- Fondos 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 considera que este beneficio puede ser de ayuda. Pueden brindarle más información y ayudarlo a determinar qué hacer a continuación.

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.

Beneficios de su plan: caminos a la prosperidad

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

Sección 14: Costos compartidos para servicios

Costo compartido hace referencia a la parte de los costos de ciertos servicios cubiertos que usted tiene la responsabilidad de pagar. Los costos compartidos pueden incluir coseguros, copagos y deducibles. Si tiene preguntas sobre sus requisitos de costo compartido, 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 dicho programa, vaya a la Sección 17)

Servicios iniciales

Es importante que lo conozcamos para que podamos asegurarnos de que recibe la atención que necesita. Su administrador de casos establecerá un horario para visitarlo en su hogar o en un centro de enfermería para conocerlo.

En la primera visita, el administrador de casos le hablará sobre el programa de LTC y sobre nuestro plan. También le realizará preguntas sobre lo siguiente:

- Su salud.
- Cómo se cuida.
- Cómo administra su tiempo.
- Quién lo ayuda a cuidarse.
- Otras cosas.

Estas preguntas constituyen su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a saber lo que necesita para vivir de manera segura en su hogar. También nos ayuda a decidir los servicios que lo ayudarán más.

Desarrollo de un plan de atención

Antes de que pueda comenzar a recibir servicios bajo el programa de LTC, debe tener un **plan de atención centrado en la persona (plan de atención)**. Su administrador de casos elabora su plan de atención con usted. Este plan de atención es el documento que le informa los servicios que obtiene de nuestro programa de LTC. Su administrador de casos hablará con usted y con cualquier miembro de la familia o cuidador que desee incluir para decidir qué servicios de LTC lo ayudarán. Usará la evaluación inicial y otra información para crear un plan que sea solo para usted. Su plan de atención le informará lo siguiente:

- Los servicios que recibe.

- Quiénes le brindan los servicios (sus proveedores de servicios).
- La frecuencia con la que recibe un servicio.
- El momento de inicio y de finalización de un servicio (si tiene fecha de finalización).
- La ayuda que le brindan sus servicios. Por ejemplo, si necesita ayuda para hacer tareas domésticas sencillas en su hogar, su plan de atención le comunicará que un proveedor de servicios de compañía para adultos vendrá 2 días a la semana para ayudarlo con sus tareas.
- La manera en que funcionan sus servicios LTC con otros servicios que recibe fuera de nuestro plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus metas personales.

No solo queremos asegurarnos de que usted vive con seguridad. También queremos asegurarnos de que es feliz y se siente conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos esté elaborando su plan de atención, le preguntará acerca de cualquier **meta personal** que usted pueda tener. Pueden ser lo que desee, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC lo ayuden a lograr esas metas. Algunos ejemplos de metas personales son los siguientes:

- Caminar 10 minutos todos los días.
- Llamar a un ser querido una vez por semana.
- Ir al centro para personas mayores una vez por semana.
- Pasar de un centro de cuidado a un centro de vida asistida.

Usted o su **representante autorizado** (alguien en quien confía y tiene permitido hablar con nosotros sobre su atención) debe firmar su plan de atención. Así es como demuestra que está de acuerdo con los **servicios** de su **plan de atención**.

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

Actualización del plan de atención

Todos los meses, su administrador de casos lo llamará para consultarle cómo están funcionando los servicios y cómo se siente. Si se realiza algún cambio, el administrador actualizará su plan de atención y le enviará una nueva copia.

Cada 90 días (o aproximadamente cada 3 meses), su administrador de casos irá a visitarlo en persona para revisar su plan de atención. Este es un buen momento para hablar sobre sus servicios, lo que funciona y lo que no y la manera en que se cumplen sus metas. Actualizará su plan de atención con cualquier cambio. Cada vez que se realice un cambio en su plan de atención, usted o su representante autorizado deben firmarlo.

Recuerde que puede comunicarse con su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre sus problemas, los cambios en su vida y otros asuntos. Su administrador de casos o un representante del plan de salud están disponibles para cuando usted lo necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos lo ayudará a crear un **plan de respaldo**. Este le dice qué hacer en caso de que un proveedor de servicios no se presente para prestar un servicio. Por ejemplo, su asistente de atención médica a domicilio no vino a bañarlo.

Recuerde que si tiene problemas al obtener sus servicios se puede comunicar con su administrador de casos.

Sección 16: Beneficios de su plan: servicios de atención a largo plazo

La tabla que se muestra a continuación brinda una lista de los servicios de atención a largo plazo que cubre nuestro plan. Recuerde que pagamos los servicios que se consideren médicamente necesarios⁷.

Si se realizan cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afectarán, le informaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

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

Beneficios médicos cubiertos de la LTC		
Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante adulto	Este servicio lo ayuda con la preparación de comidas, el lavado de la ropa y las tareas domésticas sencillas	Sí
Atención médica de salud diurna para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se proporcionan en un centro de atención diurna para adultos. Si está allí durante las comidas, puede comer allí	Sí
Vida asistida	Estos son servicios que generalmente se brindan en un centro de vida asistida; los servicios pueden incluir tareas domésticas, ayuda para bañarse, vestirse, comer, asistencia con medicamentos y programas sociales	Sí
Servicios de atención de asistencia	Estos son servicios que se ofrecen las 24 horas si reside en un hogar de cuidado familiar para adultos	Sí
Atención de enfermería a cargo de un asistente	Servicios de enfermería o de asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión, o a recuperarse de estas	Sí
Manejo del comportamiento	Servicios para tratar problemas de salud mental o de abuso de sustancias	Sí
Administración de la atención/ administración de casos	Se trata de los servicios y el apoyo que necesita para vivir de forma segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de atención que enumere todos los servicios que necesita y recibe	Sí

Beneficios médicos cubiertos de la LTC

Servicio	Descripción	Autorización previa
Capacitación de cuidadores	Capacitación y asesoramiento para las personas que cuidan de usted	Sí
Servicios de accesibilidad/ adaptabilidad para el hogar	Este servicio permite realizar cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y moverse en su hogar de manera más segura y sencilla. Puede incluir cambios como instalar barras de apoyo en el baño o un asiento de inodoro especial. No incluye cambios importantes como alfombras nuevas, reparaciones de techos, sistemas de plomería, etc.	Sí
Comidas adomicilio	Este servicio entrega comidas saludables a domicilio	Sí
Servicios de asistencia en el hogar	Este servicio lo ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina	Sí
Cuidados paliativos	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de la vida para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor; los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares o cuidadores	No
Enfermería especializada e intermitente	Ayuda adicional de enfermería si no necesita la supervisión de enfermeros en todo momento o la necesita durante períodos regulares	Sí
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar los medicamentos si no puede hacerlo por su cuenta	Sí
Equipos y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión; el equipo médico duradero se utiliza en repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, entre otros artículos; los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones; incluyen elementos que se utilizan y luego se desechan, como vendas, guantes y otros artículos	Sí
Administración de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando	Sí

Beneficios médicos cubiertos de la LTC

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios del centro de enfermería	Los servicios en centros de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con 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 acerca de su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable	Sí
Cuidado personal	Servicios a domicilio para ayudarle con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Higiene personal 	Sí
Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento	Sí
Atención de relevo	Este servicio les permite a sus cuidadores tomar un descanso; puede utilizarlo en su hogar, en un centro de vida asistida o en un centro de enfermería	Sí
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar artículos en su casa	Sí
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica	Sí
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que lo ayudan a respirar mejor	Sí
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar	Sí

Beneficios médicos cubiertos de la LTC

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidados familiares estructurados	Servicios brindados en su hogar para ayudarlo a vivir allí en vez de en un centro de atención de enfermería	Es posible que le brindemos la opción de utilizar este servicio en vez de aquellos del centro de atención de enfermería
Transporte	Transporte de ida y vuelta a todos los servicios del programa de LTC; podría ser en autobús, en una camioneta que puede transportar personas con discapacidades, en un taxi o en otros tipos de vehículos	No

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

Opción dirigida por el participante (PDO) para la atención a largo plazo*

Es posible que se le ofrezca la Opción dirigida por el participante (PDO). Puede usar PDO si usa alguno de estos servicios y vive en su hogar:

- Servicios de atención de asistente
- Servicios de asistencia en el hogar
- Servicios de atención personal
- Servicios de atención de acompañante adulto
- Servicios de atención de enfermería especializada e intermitente

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que puede elegir su proveedor de servicio, y cómo y cuándo obtener su servicio. Usted es quien contrata, capacita y supervisa a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

Puede contratar familiares, vecinos o amigos. Trabjará con un administrador de casos que puede ayudarlo con la PDO.

Si está interesado en la PDO, consulte a su administrador de casos para obtener más detalles. También puede solicitar una copia de las Pautas de PDO para leer y ayudarlo a decidir si esta opción es la opción correcta para usted.

* La PDO no es una opción disponible para los participantes del programa de Exención para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. Consulte el Documento C.

Beneficios de su plan: beneficios ampliados de la LTC

Los beneficios ampliados son aquellos servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Comuníquese con su administrador de casos para obtenerlos.

Beneficios ampliados de la LTC		
Servicio	Descripción	Autorización previa
Subvención de asistencia de vivienda para envejecer en el lugar	Asistencia financiera para ayudarlo a envejecer en el lugar y permanecer en la comunidad; hasta \$2500 por inscrito, de por vida, para gastos diversos de vivienda	Sí
Días de reservación de cama en centro de vida asistida/ hogar de cuidado familiar para adultos	Días en que se puede reservar su cama en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria u hogar de atención familiar para adultos; máximo de 14 días por hospitalización; el miembro debe regresar al centro; el miembro debe residir en el centro durante un mínimo de 30 días entre episodios; los proveedores deben notificar a Molina en un plazo de 48 horas posteriores a que el miembro abandone el centro para ser elegible para este beneficio	Sí
Canasto de mudanza ALF	<ul style="list-style-type: none"> El miembro puede seleccionar artículos por un valor de hasta \$50 una vez en la vida para los miembros de LTSS que actualmente viven en un ALF y los nuevos miembros que se mudan/hacen la transición a un ALF 	No
Equipo biométrico	Controlar la presión arterial y el peso <ul style="list-style-type: none"> Un tensiómetro digital cada tres años ○ Una báscula cada tres años 	Sí
Transporte de cuidadores	Cuatro viajes de ida y vuelta para cuidadores por mes para visitar a un miembro que reside en un ALF	No
Sesiones de terapia individual para cuidadores	Sesiones de terapia individuales para el cuidador primario de un inscrito, según sea necesario	Sí

Beneficios ampliados de la LTC		
Servicio	Descripción	Autorización previa
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) móvil	Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) móvil y tarifa de servicio mensual	Sí
Apoyo para mascotas	Reembolso por el cuidado de su mascota durante una admisión o gastos como facturas de alimentos o veterinarios para mascotas, hasta \$500 por inscrito por año calendario	Sí
Fisioterapia	Hasta dos meses de terapia acuática por año calendario, con autorización previa	Sí
Asistencia de transición de un centro de enfermería a un entorno comunitario	Asistencia financiera para ayudarlo a trasladarse de un centro de enfermería a un entorno comunitario; \$5,000 una vez en la vida	Sí

Sección 17: Satisfacción de los miembros

Reclamos, quejas y apelaciones al plan

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

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja	Puede hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Llamarnos en cualquier momento. (866) 472-4585 (TTY: 711)	Haremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Trataremos de resolver su problema en un plazo de 1 día hábil.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
<p>Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una queja</p>	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escríbanos o llámenos en cualquier momento. • Llámenos para pedirnos más tiempo para resolver su queja si cree que eso ayudará. <p>Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 (866) 472-4585 (TTY: 711) (877) 508-5748 (fax) o MFLGrievanceandAppeals@molinahealthcare.com (correo electrónico)</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja, haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos sobre sus derechos si no está de acuerdo.
<p>Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una apelación</p>	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escríbanos o llámenos, y haga un seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días después de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicite que sus servicios continúen en un plazo de 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. <p>Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 (866) 472-4585 (TTY: 711) (877) 508-5748 (fax) o MFLGrievanceandAppeals@molinahealthcare.com (Correo electrónico)</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Le ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta en un plazo de 30 días para responderle.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
<p>Si considera que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida”</p>	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribanos o llámenos dentro de los 60 días posteriores a nuestra decisión sobre sus servicios. <p>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)</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta en un plazo de 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida, y le enviaremos una carta en un plazo de 2 días.
<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una audiencia justa de Medicaid**</p>	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escriba a la Agencia de Administración de Atención Médica, Oficina de audiencias justas. • Pídanos una copia de su historia clínica. • Solicite que sus servicios continúen en un plazo de 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. <p><i>** Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia justa de Medicaid.</i></p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le brindaremos transporte a la audiencia justa de Medicaid, si es necesario. • Reiniciaremos sus servicios si el estado está de acuerdo con usted. <p>Si continuó con sus servicios, es posible que le solicitemos que pague por ellos si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida del plan

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

Audiencias justas de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia justa en cualquier momento, antes de que se cumplan los 120 días de haber recibido el Aviso de resolución de la apelación ante el plan, llamando o escribiendo a:

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

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

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

También puede incluir la siguiente información, en caso de tenerla:

- Por qué considera que se debería cambiar la decisión.
- Los servicios que cree que necesita.
- Cualquier información médica que respalde la solicitud.
- Quién le gustaría que le brinde ayuda con su audiencia justa.

Después de recibir su solicitud de audiencia justa, la Agencia le informará por escrito que recibieron su solicitud de audiencia justa. Un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión que tomamos.

Si usted es miembro del Título XXI de MediKids, no se le permite acceder a una audiencia justa de Medicaid.

Revisión del estado (para los miembros de MediKids)

Si solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión a la que se llegó mediante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión por parte del estado en cualquier momento, hasta 120 días después de haber recibido el aviso. **Su proceso de apelación debe haber finalizado antes.**

Puede solicitar una revisión del estado por teléfono o por correo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
(877) 254-1055 (línea gratuita)
(239) 338-2642 (fax)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

Continuación de los beneficios para miembros de Medicaid

Si en este momento recibe un servicio que va a ser reducido, suspendido o cancelado, tiene derecho a seguir recibéndolo hasta que se haya tomado una decisión final para su **apelación del plan o audiencia justa de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá cambios en ellos hasta que se haya tomado la decisión final.

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

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia justa, debe presentar su apelación y solicitar la continuación de los servicios dentro de este plazo, lo que ocurra más tarde:

- 10 días después de recibir el Aviso de determinación adversa de beneficios (NABD), o
- en el primer día que sus servicios sean reducidos, suspendidos o cancelados, o antes de esto.

Sección 18: Sus derechos como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertos derechos. Tiene los siguientes derechos:

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que siempre se tenga en cuenta y respete su dignidad y privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le proporciona servicios médicos y quién es responsable por su atención.
- Saber cuáles servicios para miembros están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su comportamiento.
- Recibir información fácil de entender acerca de su diagnóstico y analizar de manera abierta el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos lo ayudarán.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga algo distinto.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica.
- Saber si el proveedor o el centro acepta la tasa de asignación de Medicare.
- Que le informen antes de recibir un servicio cuánto puede costarle.
- Obtener una copia de una factura y solicitar que le expliquen los cargos.
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación.
- Presentar un reclamo cuando sus derechos no son respetados.
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su historia clínica y, si es necesario, solicitar que se agregue o corrija información en ella.
- Mantener su historia clínica privada y que solo sea compartida cuando lo exija la ley o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (directiva anticipada).
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea acerca de la decisión del plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión del 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 este.
- Hablar con libertad sobre su atención médica y preocupaciones sin malos resultados.
- Ejercer sus derechos con libertad sin que el plan o sus proveedores de la red lo traten mal.
- Obtener atención sin miedo a ninguna forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan.
- Obtener servicios disponibles y accesibles cubiertos por el plan (incluidos los servicios de reemplazo [ILOS]).

Los miembros de LTC tienen derecho a lo siguiente:

- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un entorno hogareño, independientemente de dónde vivan.
- Recibir información sobre la participación en su comunidad, el establecimiento de metas personales y sobre cómo pueden participar en ese proceso.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesitan.
- Poder participar en las decisiones relativas a su atención médica.
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo de beneficio.
- Elegir los programas en los que participa y los proveedores que le brindan atención.

Artículo 19: Sus responsabilidades como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Brindar información precisa sobre su salud a su Plan y a sus proveedores.
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su afección médica.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que entiende el curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de atención y hacer preguntas.
- Asistir a sus citas y notificar a su proveedor si no podrá hacerlo.
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Asegurarse de que se realice el pago por los servicios sin cobertura que reciba.
- Seguir las reglas y normas de conducta del centro de atención médica.
- Tratar con respeto al personal de atención médica y al administrador de casos.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de salud.
- Usar la sala de emergencias solo en casos de emergencia reales.
- Notificar a su administrador de casos si hay algún cambio en la información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceso a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar fraude, abuso y pago en exceso.

Los miembros del programa LTC tienen las siguientes responsabilidades:

- Notificarle a su administrador de casos si quieren cancelar su inscripción en el Programa de Atención a Largo Plazo.
- Aceptar la evaluación presencial anual, las visitas trimestrales presenciales y el contacto telefónico mensual con su administrador de casos, y participar en ellos.

Sección 20: Otra información importante

Responsabilidad del paciente con respecto a servicios de atención a largo plazo (LTC) o servicios de cuidado paliativo

Si recibe servicios de LTC o de cuidados paliativos, puede tener que pagar todos los meses un “costo compartido” por sus servicios. Esta parte del costo se denomina “responsabilidad del paciente”.

El Department of Children and Families (DCF) le enviará una carta por correo cuando sea elegible (o para informarle sobre los cambios) para la LTC o los servicios de cuidados paliativos de Medicaid. Esta carta se llama “Aviso de acción del caso” (Notice of Case Action, NOCA). La carta de NOCA le comentará sobre las fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al centro en donde vive, si vive en un centro, con relación a su parte del costo de su LTC o de servicios de cuidado paliativo.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC, puede contactar al DCF llamando gratis al (866) 762-2237 o puede visitar el sitio web del DCF en <https://www.myflfamilies.com/medicaid> (desplácese hacia abajo a la sección Medicaid for Aged or Disabled [Medicaid para adultos mayores o personas con discapacidad], y seleccione el documento denominado ‘SSI-Related Fact Sheets’ [Hojas informativas sobre el SSI]).

Protección del Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos por los servicios prestados o recibidos por un IHCP o mediante remisión conforme a los servicios de salud contratados.

Plan de emergencia para desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) estar informado; 2) hacer un plan; y 3) conseguir un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia ante desastres, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarlo con su plan. Puede comunicarse con esta al (850) 413-9969 o visitar su sitio web en <https://www.floridadisaster.org/>.

Para los miembros de LTC, el administrador de casos es quien ayudará a elaborar un plan para desastres.

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

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie excepto sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado 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 mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó, o en plataformas de redes sociales.

Fraude/Abuso/Sobrepago en el programa de Medicaid

Para denunciar un presunto fraude o abuso a Medicaid de Florida, llame a la Línea directa de Reclamos del consumidor al número gratuito (888) 419-3456 o complete el formulario de reclamos de fraude o abuso de Medicaid, que se encuentra disponible en el sitio web en:

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

También puede informarnos directamente sobre fraude y abuso comunicándose con la Línea de Alerta de Molina Healthcare, a la que puede llamar sin cargo al (866) 606-3889, o puede usar el sitio web del servicio para hacer una denuncia en cualquier momento en <http://www.molinahealthcare.com/>.

También puede informarnos casos de fraude, despilfarro o abuso comunicándose con el Departamento de Cumplimiento de Molina Healthcare of Florida. Tiene derecho a que sus preocupaciones se informen de 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
- Los nombres de las personas o entidades involucradas en sospechas de fraude o abuso, incluida la dirección, el número de teléfono, el número de identificación de Medicaid y cualquier otra información de identificación.

Abuso/Negligencia/Explotación de personas

Nunca debe ser tratado mal. Nunca está bien que alguien lo golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que está siendo maltratado o descuidado, puede llamar a la Línea Directa de Abuso al (800) 96-ABUSE (800-962-2873) o al (800) 955-8771 para TTY/TDD.

También puede llamar a la línea directa si conoce a otra persona que esté siendo maltratada. La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

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

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

Directivas anticipadas

Las **directivas anticipadas** son declaraciones escritas u orales sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo. Algunas personas dan directivas anticipadas cuando están muy enfermas o se encuentran al final de la vida. Otras personas prefieren hacerlas cuando están bien de salud. Puede cambiar su opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener y comprender estos documentos. No cambian su derecho a recibir beneficios médicos de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que quiere si no puede hablar por usted mismo.

- Un testamento en vida
- Designación de sustituto para la atención médica
- Donación anatómica (órganos y tejidos)

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

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

Asegúrese de que alguien, ya sea su PCP, un abogado, un familiar o el administrador de casos, sepa que tiene directivas anticipadas y dónde se encuentran.

Si se producen cambios en la ley acerca de las directivas anticipadas, se lo informaremos en un plazo de 90 días. No es necesario que tenga directivas anticipadas si no lo desea.

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

Obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre el tipo de información que puede recibir de forma gratuita.

Estos son algunos ejemplos:

- Su registro de miembro
- Una descripción de cómo operamos
- Una copia gratuita de las normas que utilizamos para tomar nuestra decisión
- Información sobre incentivos a proveedores

Sección 21: Recursos adicionales

<http://floridahealthfinder.gov/>

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar “Mejor atención médica para todos los ciudadanos de Florida”. La Agencia ha creado un sitio web <http://floridahealthfinder.gov/> donde puede ver información sobre las agencias de salud a domicilio, los centros de enfermería, los centros de vida asistida, los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales de Florida. Puede encontrar la siguiente información en el sitio web:

- Información actualizada sobre licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de rendimiento
- Folletos de educación para el consumidor
- Testamentos en vida
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluidos los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre las diferentes mediciones de rendimiento acerca de la calidad de atención que brindan. Las mediciones permiten que las personas comprendan la manera en que los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para visualizar las tarjetas de informes del plan, visite el sitio web

<https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13>

Unidad de Vivienda para Personas Mayores

La Unidad de Vivienda para Personas Mayores proporciona información y asistencia técnica a personas mayores y líderes comunitarios sobre viviendas asequibles y opciones de vida asistida. El Florida Department of Elder Affairs mantiene un sitio web con información sobre centros de vida asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de atención diurna para adultos y residencias de ancianos en <https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options/-options/>, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

Información de MediKids

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

Centro de Recursos para el Envejecimiento y las Discapacidades

También puede encontrar información adicional y asistencia sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención del delito, planificación de ingresos u oportunidades educativas comunicándose con el Centro de Recursos para el Envejecimiento y las Discapacidades.

Programa de Asistencia al Consumidor Independiente

El Florida Department of Elder Affairs también ofrece un Programa de Asistencia al Consumidor Independiente (Independent Consumer Support Program, ICSP). El ICSP trabaja con el Programa Estatal del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas formas de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a la Línea de ayuda para personas mayores al (800) 96-ELDER (800-963 5337) o visite <https://elderaffairs.org/>.

Sección 22: Formularios

1. Formulario de solicitud de queja/apelación del miembro
2. Formulario de designación de representante (Appointment of Representative, AOR)

Formulario de solicitud de queja/apelación del miembro



Envíe este formulario por correo a la siguiente dirección:

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

Use letra de imprenta

Nombre del miembro

Fecha de hoy

Nombre de la persona que presenta la solicitud, si no es el miembro, complete el formulario de Designación de representante adjunto.

Identificación del miembro

Teléfono diurno

Problemas específicos:

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

Firma del miembro

Fecha

Si desea recibir asistencia con su solicitud, podemos brindarle ayuda. Puede llamarnos o escribirnos a la siguiente dirección:

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

Instrucciones para presentar una queja/apelación:

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

1. Llene este formulario completamente. Describa el o los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte a este formulario copias de todos los registros que desee presentar. (No envíe originales).
3. Puede presentar su información personalmente. Para hacerlo, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711).
4. Podemos ayudarlo a escribir su solicitud y podemos ayudarlo en el idioma que hable.
5. Si es mayor de 18 años, y otra persona actúa en su nombre, se necesita un formulario de Designación de representante (AOR) firmado. Utilice el formulario de AOR que se adjunta.
6. Usted o alguien elegido para actuar en su nombre pueden revisar su expediente de apelación antes del proceso de apelación o durante dicho proceso. Su expediente de apelación incluye todas sus historias clínicas y cualquier otro documento relacionado con su caso.
7. Envíe este formulario lleno a la siguiente dirección:
Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
PO Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Fax: (877) 508-5748
8. Enviaremos una verificación por escrito de la recepción de su solicitud.

Gracias por utilizar el proceso de quejas del miembro de Molina Healthcare.

Formulario de designación de representante (AOR)



Nombre del miembro

Número de identificación del miembro de Molina

Designación de representante

Yo acepto nombrar a _____
(Nombre y dirección) para que sea mi representante en una queja o una apelación por
_____ (problema específico).

Autorizo a esta persona a hacer o dar cualquier solicitud o aviso; presentar o pruebas; obtener información, incluida, sin limitación, la divulgación de información pasada, presente o futura: resultados de pruebas de HIV, tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, pruebas psicológicas/psiquiátricas e información de evaluación, y cualquier otra información relacionada con el diagnóstico médico, tratamientos o afecciones; y recibir cualquier aviso en relación con mi queja/apelación pendiente.

Firma (miembro)

Dirección

Número de teléfono (con código de área)

Fecha

Aceptación de la designación

Yo, _____ acepto por medio de la presente la designación indicada anteriormente. Certifico que no he sido sospechoso ante la Administración del Seguro Social ni se me ha prohibido ninguna práctica ante ella; que no estoy inhabilitado, como funcionario ni empleado actual o anterior de los Estados Unidos, para actuar como representante del reclamante; que no cobraré ni recibiré ningún honorario por la representación, a menos que haya sido autorizado de conformidad con las leyes y reglamentos.

Soy

(abogado, representante sindical, familiar, etc.)

Firma (miembro)

Dirección

Número de teléfono (con código de área)

Fecha

No discriminación en la prestación de servicios de salud

Molina cumple con la guía establecida en la regla final de la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, que incluye la notificación de no discriminación y las instrucciones para acceder a los servicios de idiomas en todos los materiales importantes para los miembros, las ubicaciones físicas que sirven a nuestros miembros y todas las páginas de inicio del sitio web de Molina MMA. Todos los proveedores que se incorporan a la red de proveedores de Molina también deben cumplir con las disposiciones y pautas establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR). Molina exige a los proveedores que presten servicios a los miembros de Molina independientemente de su 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 una notificación de no discriminación en un lugar visible de su consultorio junto con etiquetas que no sean en inglés y estén traducidas en los quince (15) idiomas más hablados en el estado para asegurarse de que los miembros de Molina entienden sus derechos, cómo acceder a los servicios de idiomas y el proceso para presentar un reclamo si creen que se ha producido una discriminación.

Además, los proveedores participantes o los grupos médicos/Asociaciones de Médicos Independientes (Independent Practice Association, IPA) contratados no pueden limitar sus prácticas debido a la afección médica (física o mental) de un miembro o a la expectativa de la necesidad de recibir atención frecuente o de alto costo. Los proveedores no deben discriminar a los miembros en función de su estado de pago y no pueden negarse a prestar servicios a los miembros porque reciben asistencia de un programa estatal de Medicaid.

Investigaciones según la Sección 1557

Comuníquese con nosotros al (800) 424-4518 (TTY: 711) si necesita alguno de estos servicios. Todos los proveedores de Molina deberán divulgar todas las investigaciones realizadas de conformidad con la Sección 1557 de su Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio al coordinador de derechos civiles de Molina a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 OceanGate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Línea gratuita: (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 for TTY/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 tandè 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 es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Molina:

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

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

Si considera que Molina no brindó estos servicios o que discriminó de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:

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 queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Miembros de Molina está a su disposición para ayudarlo. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web en:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

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 reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Nota obligatoria de 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).
Spanish	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	فظو ملح اذا تكن ركذا ثدحتت غة للا، ناف تامدخ ة داعسملا ة يوغللا رفاوتت ناجم لا ب كل لتصا مقرب (مقر فتاه مصلا مكبلاو: 711). (866) 472-4585
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	સ્વયંના જો તમે જરાતી બોલતા હો, તો નિ:ત્કોલોલો સહાય સેવાઓ તમારા માટ ઉપપ છે. ફોન ૧૨ (866) 472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).

