MolinaHealthcare.com

Medicaid

Molina Healthcare

Plan de salud de Medicaid de Florida

Manual del miembro

MOLINA® HEALTHCARE

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 o TTY al 711

Your Extended Family.

If you do not speak English, call us at 1-866-472-4585. 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 1-866-472-4585. 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 1-866-472-4585. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiqueravec vous dans votre langue.

Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-866-472-4585. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou,epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yonpwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Se non parli inglese chiamaci al 1-866-472-4585. Disponiamo di servizi di interpretariato esiamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti atrovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 1-866-472-4585. 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

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 1-866-472-4585 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.

Información de contacto importante

Línea de ayuda de Servicios para Miembros	1-888-275-8750 Línea de Asesoramiento de Enfermería 1-866-472-4585 Servicios para Miembros	Disponible las 24 horas De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este
Línea TTY de Servicios para Miembros	1-866-735-2922 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., hora del este
Sitio web	www.MolinaHealthcare.com	
Dirección	Molina Healthcare 8300 NW 33rd St., Suite 400 Doral, FL. 33122	

Servicio	Información de contacto
Servicios de transporte: casos que no son de emergencia	Access2Care 1-888-298-4781 Disponible las 24 horas
Servicios dentales	Comuníquese con su administrador de casos directamente o al 1-866-472-4585 para obtener ayuda con la organización de estos servicios.
Visión	iCare 1-866-472-4585
Laboratorio	Quest Diagnostics Para encontrar una sede cerca de usted, llame al 1-866-697-8378
Productos de venta libre	OTC Health Solutions 1-888-628-2770, TTY: 1-877-672-2688
Opción de dirección del participante (PDO) en la atención a largo plazo	Consumer Direct 1-866-472-4585
Denuncia de casos en los que se sospeche abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) TTY: 711 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline
Elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 TTY: 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid
Denuncias de fraude o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/

Servicio	Información de contacto
Presentación de quejas sobre un centro de atención médica	1-888-419-3450 https://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Solicitud de una audiencia imparcial de Medicaid	1-877-254-1055 1-239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Presentación de quejas relacionadas con los servicios de Medicaid	1-877-245-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Información para personas mayores	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) http://elderaffairs.state.fl.us/doea/arc.php
Información sobre violencia doméstica	1-800-799-7233 TTY: 1-800-787-3224 http://www.thehotline.org/
Información sobre centros de salud en Florida	http://www.floridahealthfinder.gov/index.html
Información sobre atención de urgencia	Línea de Asesoramiento de Enfermería 1-888-275-8750, disponible las 24 horas; o localice su centro de atención de urgencias más cercano en https://molina.sapphirethreesixtyfive.com/?ci=fl-medicaid&locale=en_us
Emergencias	9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana

ÍNDICE

Bienvenida al Plan Estatal de Atención Administrada de Medicaid de Molina Healthcare 7

Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de ID) 8

Sección 2: Su privacidad 9

Sección 3: Cómo obtener ayuda con nuestros Servicios para Miembros 11

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse? 12

Sección 5: Cambios en su información 13

Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid 14

Sección 7: Inscripción en nuestro plan 15

Sección 8: Cancelación de nuestro plan (baja de inscripción) 18

Sección 9: Cómo administrar su atención 19

Sección 10: Acceso a servicios 20

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios 23

Sección 12: Beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada 28

Sección 13: Información útil sobre el programa de Atención a Largo Plazo (LTC) 68

Sección 14: Beneficios de su plan: Servicios de atención a largo plazo 70

Sección 15: Satisfacción de los miembros 74

Sección 16: Sus derechos como miembro 78

Sección 17: Sus responsabilidades como miembro 80

Sección 18: Otra información importante 81

Sección 19: Recursos adicionales 84

Sección 20: Formularios 86

Bienvenida al Plan Estatal de Atención Administrada de Medicaid de Molina Healthcare

Molina Healthcare ha firmado un contrato con la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica (la "Agencia") para brindar servicios de atención médica a personas con Medicaid. Esto se denomina **Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid (SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan del programa 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 muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir con el programa SMMC. Con el plan de **Asistencia Médica Administrada (MMA)**, puede obtener servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia. Si usted es una persona mayor o un adulto con discapacidades, con el plan de **Atención a Largo Plazo (LTC)** puede recibir servicios en un centro de cuidado, en el hogar y en la comunidad. Si usted tiene una determinada enfermedad, como el sida, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades con el plan de **Especialidad**.

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

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta o pedirnos ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, simplemente llámenos al 1-866-472-4585, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este (ET).

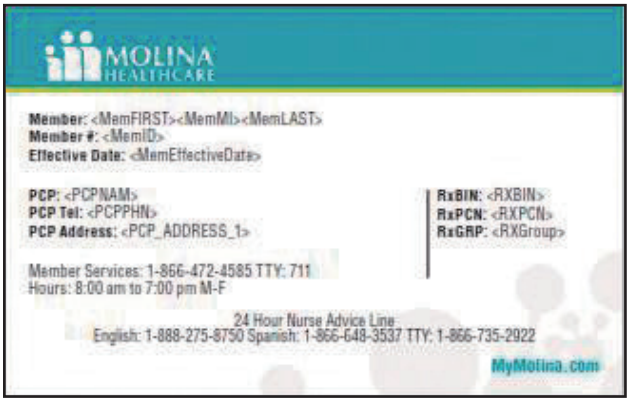
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de ID)

Debería haber recibido su tarjeta de ID por correo. Si no ha recibido su tarjeta o si la información que esta contiene es incorrecta, llámenos. Cada miembro de su familia que esté inscrito en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de ID.

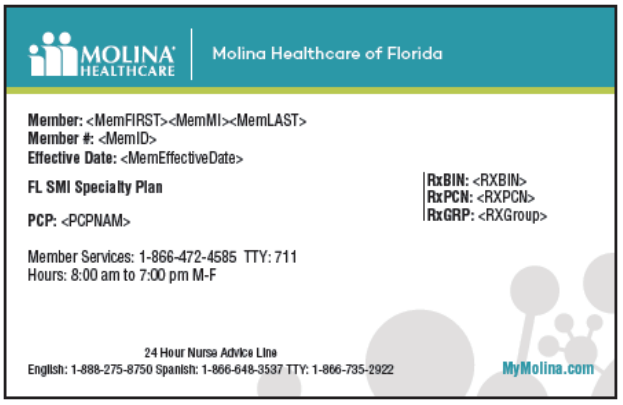
Lleve siempre consigo su tarjeta de ID y muéstrela cada vez que acuda a una cita de atención médica o al hospital. Nunca le dé su tarjeta de ID a nadie más para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que podamos entregarle una tarjeta nueva.

Su tarjeta de ID se verá así:

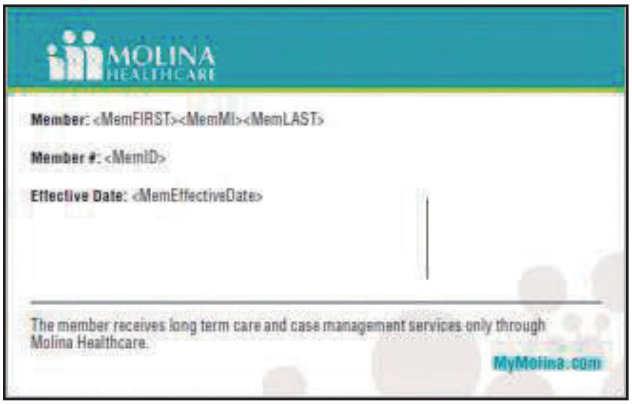
MMA:



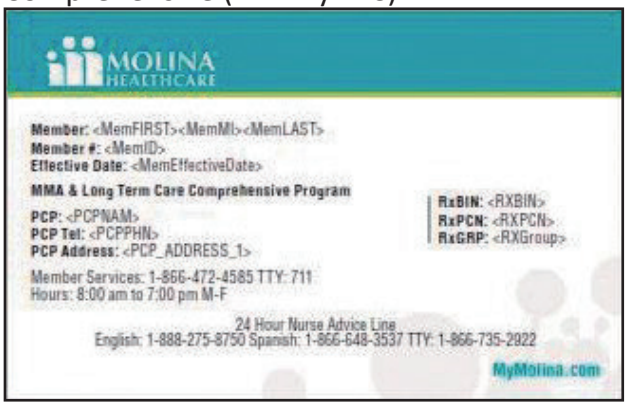
SP:



LTC:



Comprehensive (MMA y LTC):



Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información de salud, como su nombre, número de identificación del plan, raza, origen étnico y otras características que lo identifican. No compartiremos la información de salud sobre usted si no está permitido por ley.

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

Su información de salud protegida

PHI significa "información de salud protegida". La PHI es la información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores, y que Molina usa o comparte.

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

- Para proporcionarle tratamiento.
- Para pagar su atención médica.
- Para revisar la calidad de la atención que usted recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para otros fines, según lo requiera o permita 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?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares a los que hayamos proporcionado su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina aplica varios métodos para proteger la PHI en todo nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en formato escrito, oral o en una computadora. A continuación, se detallan algunas formas en que Molina protege su 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 su PHI puede utilizarla.
- 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. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada mediante el uso de firewalls y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

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

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no han sido protegidos?

- Comuníquese por teléfono o por escrito con Molina y haga el reclamo.
- Haga el reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No haremos nada en su contra. Su accionar no cambiará la atención que recibe de ninguna manera. Lo anterior es solo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Está disponible en nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-472-4585, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., ET.

Divulgación de información sobre afecciones confidenciales

Respecto de la divulgación de información sobre afecciones y servicios protegidos y confidenciales, incluidos los servicios psicoterapéuticos, debemos obtener su permiso antes de poder compartirla con otros proveedores. Puede darnos su permiso completando el formulario de Autorización de Molina para el Uso y la Divulgación de Información de Salud Protegida (AUD). Puede encontrar este formulario en www.MolinaHealthcare.com o bien recibir una copia llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-472-4585, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., ET.

Sección 3: Cómo obtener ayuda con nuestros Servicios para Miembros

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

Cómo contactar a Servicios para Miembros

Puedes llamarnos al 1-866-472-4585 o 711 (TTY), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., excepto en días festivos aprobados por el estado (como Navidad y el día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener consigo su tarjeta de identificación (tarjeta de ID) para que podamos ayudarle. (Si pierde o le roban su tarjeta de ID, llame a Servicios para Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario de atención

Si necesita comunicarse cuando las oficinas están cerradas, puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas: 1-888-275-8750 en inglés y 1-866-648-3537 para asistencia en otros idiomas, TTY 1-866-735-2922. Nuestro Departamento de Enfermería está disponible para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

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

Personas con discapacidad: Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas para oír o comprender, y necesita ayuda adicional, llámenos. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o dispositivos de comunicación. Además, contamos con estos servicios:

- 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 brinde nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. El número es 1-866-472-4585. Ellos lo conectarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille.
- Ayuda para programar citas o llegar a ellas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Todos estos servicios se ofrecen de forma gratuita.

Sección 5: Cambios en su información

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

El Departamento de Niños y Familias (DCF) también necesita saber si cambia de nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame gratis al DCF al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. También puede conectarse en línea y realizar los cambios en su cuenta ACCESS (Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency) desde https://dcfaccess.dcf.state.fl.us/access/index.do.

Si recibe Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame gratis a la SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., ET. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o ingresar en línea y realizar los cambios en su cuenta del Seguro Social desde https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do.

Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid

Debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que Molina Healthcare pague sus servicios de atención médica y citas de atención médica. Esto se denomina tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid al DCF.

En ciertos momentos, pueden producirse cambios en algunos aspectos de su vida, y estos cambios pueden afectar su elegibilidad para Medicaid. Es muy importante que se asegure de tener Medicaid antes de acudir a cualquier cita. El hecho de que tenga una tarjeta de ID del plan no significa que todavía tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su Medicaid, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarle a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

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

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, continúe usando su tarjeta de ID de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también entregue al proveedor su tarjeta de ID del plan Medicaid.

Si va a tener un bebé

Si tiene un bebé, él o ella tendrá nuestra cobertura el día de su nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que su bebé nació, y le ayudaremos a garantizar que su bebé tenga cobertura y Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada **antes** de que su bebé nazca para garantizar que su bebé tenga Medicaid. Llame gratis al DCF al 1-866-762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Le darán un número de Medicaid para su bebé. Infórmenos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

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

Período de inscripción abierta

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

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

Inscripción en el Programa de Atención a Largo Plazo de SMMC

El programa de Atención a Largo Plazo (LTC) de SMMC brinda servicios en centros de cuidado y atención domiciliaria y comunitaria a personas mayores y a adultos (de 18 años o más) con discapacidades. Los servicios domiciliarios y comunitarios ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas del hogar; ayuda con las compras; o supervisión.

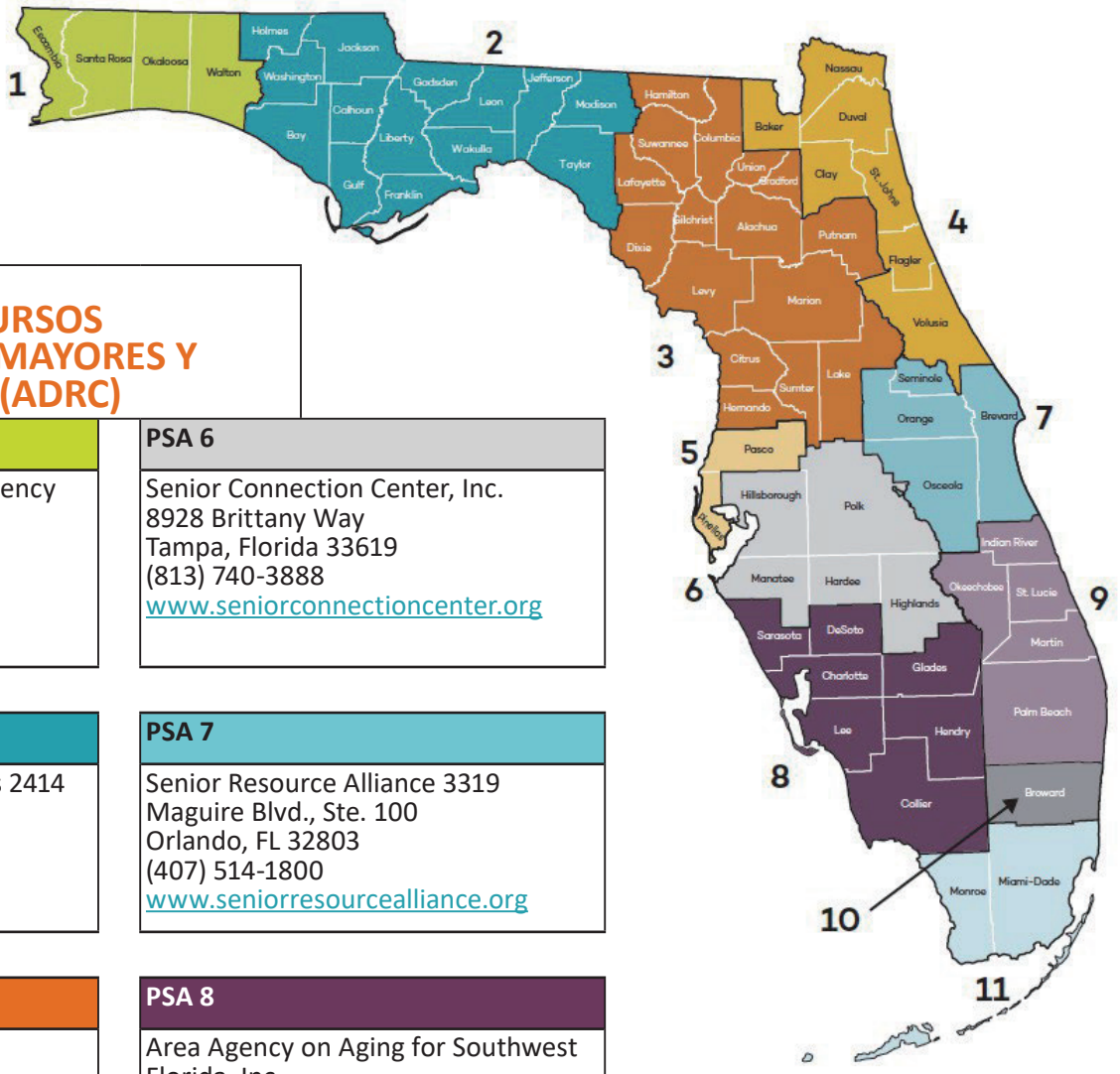
Nosotros pagamos por los servicios que se brindan en los centros de cuidado. Si vive en un centro de cuidado de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa LTC. Si no sabe si está inscrito en el programa LTC o cree que no lo está, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo.

El programa LTC también brinda ayuda a las personas que viven en su hogar. Pero como el espacio para estos servicios a domicilio es limitado, antes de poder recibirlos deberá responder algunas preguntas sobre su salud. Esto se llama “selección”. Los Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC) del Departamento de Asuntos de las Personas Mayores se encargan de completar estas selecciones. Una vez que se completa la selección, el ADRC le notificará sobre su ubicación en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no está incluido en la lista de espera. Si ingresa en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación y Revisión Integral para Servicios de Atención a Largo Plazo (CARES) del Departamento de Asuntos de las Personas Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos necesarios para recibir los servicios del programa LTC. Algunos inscritos no tienen que completar el proceso de selección o de lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa LTC. Para obtener más información sobre las excepciones de selección en el programa LTC, visite la página web de la Agencia en https://ahca.myflorida.com/Medicaid/stateidw_mc/ltc_scrn.shtml. Por ejemplo:

1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años?
2. ¿Tiene una enfermedad o afección crónica debilitante en uno o varios de los sistemas psicológicos o de órganos?
3. ¿Necesita supervisión o intervención médica, de enfermería o de salud 4 horas al día?

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

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



CENTROS DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS (ADRC)

PSA 1

Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.
5090 Commerce Park Cir.
Pensacola, FL 32505
(850) 494-7107
www.nwflaaa.org

PSA 2

Advantage Aging Solutions 2414 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
(850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3

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

PSA 4

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

PSA 5

Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.
9549 Koger Blvd., Gadsden Bldg., Ste. 100St.
Petersburg, FL 33702
(727) 570-9696
www.agingcarefl.org

PSA 6

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

PSA 7

Senior Resource Alliance 3319 Maguire Blvd., Ste. 100
Orlando, FL 32803
(407) 514-1800
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 Country, Inc.
5300 Hiatus Road
Sunrise, FL 33351
(954) 745-9567
www.adrcbroward.org

PSA 11

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

Sección 8: Cancelación de nuestro plan (baja de inscripción)

Dejar un plan se denomina **baja de inscripción**. Por ley, las personas no pueden salir ni cambiar de planes mientras están vinculadas, salvo por motivos específicos. Si desea abandonar nuestro plan mientras está vinculado, llame al agente de inscripción del estado para analizar si se le permitirá cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como "motivos para la **baja de inscripción justificada**"[1]):

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

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de reclamo y apelación[2]:

- Recibió una atención de mala calidad, y la Agencia concordó 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.
- Sus servicios se retrasaron sin una buena razón.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 o al agente de inscripción del estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Eliminación de nuestro plan (baja involuntaria de la inscripción)

La Agencia puede eliminarlo de nuestro plan (y, en algunos casos, del programa SMMC por completo) por ciertos motivos. Esto se denomina **baja involuntaria**. Entre los motivos, se incluyen los siguientes:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid.
- Se muda fuera de 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 en el programa LTC y vive en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no es un hogar, y no se mudará a un centro que sea un hogar[3].

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

---

[1] Para obtener la lista completa de motivos para la baja de inscripción justificada, consulte la Regla administrativa de Florida 59G-8.600: https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED CUIDADO&ID=59G-8.600.

[2] Para saber cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 16, "Satisfacción de los miembros", en la página 78.

[3] Esto es solo para miembros del programa de atención a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos.

Sección 9: Cómo administrar su atención

Si tiene una afección médica o enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos lo ayudará a obtener los servicios que 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 desea uno, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

Le pediremos que complete una evaluación de riesgos para la salud cuando se inscriba. La evaluación de riesgos para la salud (HRA) nos ayudará a comprender sus necesidades de atención médica y cómo podemos ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Solo tardará 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 1-866-472-4585, TTY: 711, o envíe un correo electrónico a MFLCommunityConnectors@molinahealthcare.com para obtener más información.

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

Si tiene un problema con su atención o se produce un cambio en su vida, infórmeselo a su administrador de casos: lo ayudará a decidir si sus servicios necesitan cambiar para brindarle un mejor apoyo.

Cambio de administradores de casos

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

Cuestiones importantes que debe informarle a su administrador de casos

Si algo cambia en su vida o no le gusta un servicio o un proveedor, infórmeselo a su administrador de casos. Debe informarle a su administrador de casos si ocurre lo siguiente:

- No le gusta un servicio.
- Tiene alguna inquietud sobre un proveedor de servicios.
- Sus servicios no son correctos.
- Tiene un nuevo seguro médico.
- Va al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador ya no puede ayudarlo.
- Su situación de vida cambia.
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambian.

Solicitud para suspender sus servicios

Si algo cambia en su vida y necesita suspender 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 Suspensión Voluntaria a fin de suspender sus servicios.

Sección 10: Acceso a servicios

Antes de recibir un servicio o de acudir a una cita de atención médica, debemos asegurarnos de que necesite el servicio y de que sea médicamente adecuado para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Para hacerlo, analizamos su historial médico y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Entonces decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Usamos las reglas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores en nuestro plan

Por lo general, debe recurrir a 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 entre cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si acude a un proveedor de atención médica que no está en nuestra red, es posible que deba pagar por esa cita o servicio.

Encontrará una lista de los proveedores que están en nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia del directorio de proveedores, llame al 1-866-472-4585 o TTY 711 para solicitarla, o visite nuestro sitio web: MolinaProviderDirectory.com/FL

Si está en el programa LTC, su administrador de casos es quien 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, se comunicarán con él para comenzar sus servicios. Así se **aprueban** los servicios en el programa LTC. Su administrador de casos trabajará con usted, su familia, sus cuidadores, sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que sus servicios de LTC se adapten a su atención médica y a otras partes de su vida.

Proveedores fuera de nuestro plan

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

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

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

Nuestros pagos por sus servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero algunos servicios pueden estar cubiertos por Molina Healthcare. La siguiente tabla le ayudará a comprender qué plan paga cada servicio.

Tipo de servicios dentales:	Coberturas del plan dental:	Coberturas del plan médico:
Servicios dentales	Cubierto cuando visita a su dentista o higienista dental	Cubierto cuando visita a su médico o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubierto en el caso de servicios dentales brindados por su dentista	Cubierto en el caso de médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema dental	*Sin cobertura*	Cubierto
Medicamentos recetados por una visita o problema dental	*Sin cobertura*	Cubierto
Transporte a su servicio o cita dental	*Sin cobertura*	Cubierto

Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 para obtener ayuda con la organización de estos servicios.

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que tenga que pagar por citas o servicios que no estén cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos brindarle en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Pero recuerde que el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo necesitará. Es posible que tenga que pagar por los servicios si no los aprobamos primero.

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

Servicios para niños[4]

Debemos brindar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros de 0 a 20 años de edad. Es lo que establece la 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 tienen límites de tiempo, como límites de horas o de días.

Es posible que su proveedor deba solicitarnos 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 tempranos y periódicos” o “EPSDT”.

Servicios cubiertos por el Sistema de Prestación de Pago por Servicio de Medicaid, no cubiertos en Molina Healthcare

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

- Análisis de comportamiento (BA).
- Programa de Reintegro Certificado del Departamento de Salud del Condado (CHD).
- Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad bajo iBudget (Presupuesto para Personas con Discapacidades del Desarrollo).
- Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad por Disautonomía Familiar (FD).
- Medicamentos relacionados con el factor de hemofilia.
- Servicios de Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID).
- Programa de Reintegro para Escuelas Certificadas de Medicaid (MCSM).
- Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad Modelo.
- Servicios de audición para recién nacidos.
- Atención pediátrica extendida con receta.
- Programa de Reintegro por Abuso de Sustancias del Condado.

En esta página web de la Agencia, encontrará detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y cómo acceder a ellos: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

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

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
Si tiene Medicare, comuníquese con el número que figura en su tarjeta de ID 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 chequeos regulares, vacunas o enfermedades. Su PCP también lo ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas. Esto se llama **remisión**. Puede elegir a su PCP llamando a Servicios para Miembros.

Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia o uno solo 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 cambiarlo, 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 con esto si llama a Servicios para Miembros. Si cuando nazca su bebé no ha elegido un PCP, elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que seleccione un PCP para su hijo para asegurarse de que tenga sus visitas de niño sano cada año. Las visitas de niño sano son para los niños de 0 a 20 años. Estas visitas son controles habituales que ayudan a usted y al PCP a saber qué le sucede a su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir vacunas en estas visitas. Estas visitas permiten detectar problemas y mantener la salud de su hijo[5].

Puede llevar a su hijo a un pediatra, a un médico de familia o a otro proveedor de atención médica.

No necesita una remisión para las visitas de niño sano. Además, las visitas de niño sano no tienen ningún costo.

Atención especializada y remisiones

En algunos casos, es posible que necesite consultar a un proveedor que no sea su PCP por determinados problemas médicos, como afecciones, lesiones o enfermedades particulares. Su PCP pedirá la remisión a Molina. Hable primero con su PCP. El PCP lo remitirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica. Necesita una remisión de su PCP asignado antes de consultar a un especialista.

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 pedir una **segunda opinión** sobre su atención médica. Esto significa hablar con un proveedor diferente para conocer su opinión sobre la atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si ciertos servicios o tratamientos son mejores para usted. Obtener una segunda opinión no tiene ningún costo para usted.

[5] Para obtener más información sobre los exámenes de detección y las evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las “Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: Calendario de periodicidad” en www.aap.org.

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

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es lo mismo que la atención de emergencia. Necesita atención de urgencia cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 48 horas. En estos casos, su salud o su vida generalmente no están en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP, o necesita atención después de que el consultorio de su PCP haya cerrado.

Si necesita atención de urgencia después del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-888-275-8750 si habla inglés y al 1-866-648-3537 para obtener ayuda en otros idiomas. El TTY de la Línea de Asesoramiento de Enfermería es 1-866-735-2922. Nuestro Departamento de Enfermería está disponible para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita o una cirugía o debe pasar la noche allí, su PCP lo programará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que usted vaya, excepto en caso de emergencias. No pagaremos los servicios hospitalarios, a menos que los aprobemos con anticipación o que sea una emergencia.

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

Atención de emergencia

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

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Trabajo de parto o sangrado si está embarazada.
- Dificultad para respirar.
- Pérdida repentina de la habilidad para ver, moverse o hablar.

Los servicios de emergencia son aquellos servicios que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerlo con vida o evitar que empeore. Suelen brindarse en una sala de emergencias.

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

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

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

Surtido de recetas

Cubrimos una gama completa de medicamentos recetados. Tenemos una lista de los medicamentos que cubrimos. Esta lista se conoce como nuestra **lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web, en www.MolinaHealthcare.com/members/fl/en-us/mem/medicaid/overvw/coverd/presdrugs, 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 suelen ser más económicos. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que necesitemos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de surtir su receta.

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

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

Información sobre farmacias especializadas

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas como el cáncer, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple. Los medicamentos especializados suelen necesitar cuidados especiales. Es posible que algunos de estos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Solo se consiguen en una farmacia especializada. La farmacia especializada contratada por Molina es CVS Caremark Specialty. Si no desea utilizar la farmacia especializada asignada o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m, ET.

Servicios de salud conductual

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.
- Ya no quiere hacer cosas que solía disfrutar.
- Se siente inútil.
- Tiene problemas para dormir.
- No siente ganas de comer.
- Consume alcohol o drogas en exceso.
- Tiene problemas en su matrimonio.
- Tiene preocupaciones relacionadas con la crianza.

Cubrimos diversos tipos de servicios de salud conductual que pueden ayudarlo con los problemas que esté enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para programar una cita. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual, puede obtenerla de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios para Miembros.
- Revise nuestro directorio de proveedores.
- Visite nuestro sitio web: MolinaProviderDirectory.com/FL.

Siempre habrá alguien para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Si está pensando en lastimarse a usted mismo o 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 está fuera de nuestra área de servicio. Asimismo, puede acceder a los servicios de telesalud para apoyo ante crisis las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando a Impower al 1-689-688-9875. Hablará con un médico, quien le dará un enlace para una sesión virtual. Cuando esté fuera de peligro, llame a su PCP (si puede hacerlo). Haga un seguimiento con su proveedor en 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, nos encargaremos de transferirlo a un hospital o proveedor dentro de la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programas 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). Los llamamos **programas de conducta saludable**. Puede ganar recompensas participando en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

- Programa para Dejar de Fumar.
- Atención preventiva para adultos y niños.
- Programas de Pérdida de Peso.
- Programa de Abuso de Alcohol o Sustancias.
- Programa de Recompensas por Embarazo.

Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si abandona nuestro plan por más de 180 días, es posible que no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o desea unirse a alguno de estos programas, llámenos al 1-866-472-4585.

Programas de manejo de enfermedades

Tenemos programas especiales que lo ayudarán si tiene alguna de estas afecciones. Visite los Programas de Manejo de Enfermedades de Medicaid en Florida o llame al 1-866-891-2320 para recibir más información.

- Cáncer.
- Diabetes.
- Asma.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Salud conductual.
- Cuestiones relacionadas con el final de la vida, incluida información sobre voluntades anticipadas.

Si está inscrito en el programa LTC, también ofrecemos programas relacionados con la demencia y el Alzheimer:

- Programa de Apoyo al Cuidador y Manejo de Enfermedades.
- Demencia y 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. Estos son los programas:

- Programa Infantil.

- Programa de Violencia Doméstica.
- Programa de Prevención del Embarazo.
- Programa Prenatal/Posparto.
- Programas de Salud Conductual.
- Programa para Dejar de Fumar.
- Programa de Abuso de Sustancias.

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

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

Sección 12: Beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada

En la tabla que sigue, se enumeran 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 de utilizar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que podamos pagarlos[6].

Es posible que haya algunos servicios que no cubramos pero que sí estén cubiertos por Medicaid. Para conocer estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al 1-877-254-1055. Si necesita transporte para cualquiera de estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar a Access2Care al 1-888-298-4781 para programar un viaje.

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

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para Miembros. Las filas resaltadas en azul significan “En lugar de servicios”.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios en centros para personas con adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas o al alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios para alergias	Servicios para tratar afecciones, como estornudos o erupciones cutáneas, que no se deben a una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia en sangre o piel médicamente necesarias y hasta 156 dosis por año de vacunas contra la alergia.	Sí
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia se usan cuando necesita atención de emergencia mientras lo transportan al hospital o apoyo especial cuando lo transportan entre instalaciones.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí, para transporte entre instalaciones
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios brindados a personas que están dejando las drogas o el alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios en centros de cirugía ambulatoria	Cirugías y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (ambulatorio).	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No

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

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
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
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial por año. • Una reevaluación por año. • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día).	Sí
Servicios complementarios para la salud conductual	Servicios de salud conductual brindados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF.	Cubrimos 365 o 366 días de servicio por año, según sea médicamente necesario. Esto incluye terapia, servicios de apoyo y planificación posterior a la atención.	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente, según lo prescrito por su médico cuando sea médicamente necesario: • Pruebas cardiacas. • Procedimientos quirúrgicos cardíacos. • Dispositivos cardíacos.	No, en consultorio
Gestión de casos específicos para servicios de salud infantil	Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarlos a obtener atención médica y otros servicios. O Servicios médicos proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que viven en hogares de acogida.	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del Departamento de Salud. O Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos en un hogar de acogida.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden provocar otros trastornos al afectar los nervios y diferentes músculos y órganos.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 24 visitas de pacientes 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.	Visita a un centro de salud calificado a nivel federal o a un centro de salud rural, según sea médicamente necesario.	No
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios proporcionados por un equipo de salud mental a niños que corren el riesgo de ingresar en un centro de tratamiento de salud mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de la Unidad de Estabilización ante Crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se ofrecen en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente, según lo prescrito por su médico tratante cuando sea médicamente necesario: • Tratamiento de hemodiálisis. • Tratamientos de diálisis peritoneal.	No
Servicios en centros sin cita previa	Servicios prestados en un centro que ayuda a personas sin hogar a obtener tratamiento o vivienda.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicio de provisión de suministros y equipos médicos duraderos	Los equipos médicos se utilizan para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Los equipos médicos duraderos se utilizan una y otra vez, e incluyen sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos destinados a ser usados una única vez y desechados.	Según sea médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos en el desarrollo y otras afecciones.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial de por vida, a cargo de un equipo. • Hasta tres evaluaciones por año. • Hasta tres evaluaciones de seguimiento por año. • Hasta dos sesiones de entrenamiento o apoyo por semana.	No
Servicios de transporte de emergencia	Transporte por ambulancia o ambulancia aérea (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital por una emergencia.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de evaluación y tratamiento	Servicios de visitas al médico para mantenerse sano y prevenir o tratar enfermedades.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Una evaluación (chequeo) de salud para adultos por año. • Las visitas de niño sano se brindan según la edad y las necesidades de desarrollo. • Una visita por mes en el caso de las personas que viven en un centro de cuidado. • Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para 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: • Hasta 26 horas por año.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de la salud mental de su hijo.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias del estómago o del sistema digestivo.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los genitales o del sistema urinario.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Hasta 39 horas por año.	No
Servicios de audición	Pruebas, tratamientos y suministros para la audición que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente, según lo prescrito por su médico cuando sea médicamente necesario: • Implantes cocleares. • Un audífono nuevo por oído, una vez cada tres años. • Reparaciones.	Sí
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica brindados en su hogar para ayudarlo a tratar una afección, enfermedad o lesión, o a recuperarse de ella.	Cubrimos lo siguiente cuando sea médicamente necesario: • Hasta cuatro visitas por día en el caso de las beneficiarias embarazadas y los beneficiarios de 0 a 20 años. • Hasta tres visitas por día para todos los demás beneficiarios.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de cuidados paliativos	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran en el final de sus vidas, para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	Cubierto, según sea médicamente necesario. Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre los copagos. Es posible que usted sea responsable por los servicios de cuidados paliativos, ya sea que viva en su hogar, en algún centro o en un centro de cuidado.	No
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individuales con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Hasta 26 horas por año.	No
Servicios previos y posteriores a las pruebas de salud mental infantil	Servicios de pruebas ofrecidos por un profesional de salud mental con capacitación especial en bebés y niños pequeños.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se utilizan para tratarlo.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados, según la edad y la situación, cuando sean médicamente necesarios: • Hasta 365 o 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 dolencias de la piel.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros elementos del cuerpo para detectar afecciones, dolencias o enfermedades.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No, excepto en caso de pruebas genéticas
Servicios médicos para niños en hogares de acogida	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida.	Deben estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias.	No
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de gestión de los medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones a la hora de tomar medicamentos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios del Programa de Hospitalización Parcial de Salud Mental	Tratamiento brindado durante más de tres horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Gestión de casos específicos de salud mental	Servicios para obtener atención médica y de salud conductual para personas con enfermedades mentales.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios móviles de evaluación e intervención ante crisis	Un equipo de profesionales de la salud que brindan servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el domicilio de las personas.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte de ida y vuelta a sus citas médicas. Podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para los beneficiarios que no tienen transporte: • Viajes fuera del estado. • Traslados entre hospitales o instalaciones. • Acompañantes, cuando sea médicamente necesario.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios en centros de cuidado	Atención médica o de enfermería que recibe cuando vive a tiempo completo en un centro de cuidado. Puede ser una estadía de rehabilitación a corto plazo o a 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 conocer sobre el copago de alojamiento y comida.	Sí
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar elementos de la casa.	Cubrimos lo siguiente a niños de 0 a 20 años y a adultos hasta $1,500 por servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial por año. • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana. • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años. Cubrimos lo siguiente a personas de todas las edades según sea médicamente necesario: • Evaluaciones de seguimiento de sillas de ruedas; una en el momento de la recepción y otra seis meses después.	Sí
Servicios de cirugía bucal	Servicios para extracciones de dientes y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero sin pasar la noche allí. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se utilizan para tratarlo.	• Los servicios de emergencia están cubiertos, según sean médicamente necesarios. • Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de $1,500 por año en el caso de los beneficiarios de 21 años o más.	Sí
Servicios para el tratamiento del dolor	Tratamientos para el dolor duradero que no mejora después de que se hayan brindado otros servicios.	Cubierto según sea médicamente necesario. Es posible que se apliquen algunos límites de servicio.	Sí
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que salen de un hospital para recibir tratamiento de salud mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que el cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión o enfermedad o debido a una afección médica.	Cubrimos lo siguiente a niños de 0 a 20 años y a adultos hasta $1,500 por servicios ambulatorios: • Una evaluación inicial por año. • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana. • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años. Cubrimos lo siguiente a personas de todas las edades según sea médicamente necesario: • Evaluación de seguimiento de sillas de ruedas; una en el momento de la recepción y otra seis meses después.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 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 los medicamentos que le receta un médico u otro proveedor de atención médica.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Suministro de medicamentos para hasta 34 días por receta. • Surtido de medicamentos según lo recetado.	Sí
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería brindados a domicilio a personas de 0 a 20 años que necesitan atención constante.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Hasta 24 horas al día.	Sí
Servicios para pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas relacionados con la memoria, el coeficiente intelectual u otras áreas.	Cubrimos lo siguiente, 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 lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Hasta 480 horas por año.	Sí
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. También incluyen radiografías portátiles.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios brindados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que cuentan con centros de atención especial para atender afecciones graves.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros anticonceptivos para ayudarle a planificar su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar, según sea médicamente necesario. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid. No es necesario que sean parte de nuestro plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Los servicios son voluntarios y confidenciales, incluso para menores de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del sistema respiratorio.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Pruebas respiratorias. • Procedimientos quirúrgicos respiratorios. • Manejo de dispositivos respiratorios.	No
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento por una afección, enfermedad o dolencia respiratoria.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 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

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicio de autoayuda o de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o una enfermedad mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Evaluaciones. • Servicios para niños en hogares de acogida. • Servicios para niños en hogares grupales.	Sí
Servicios de patología del habla y el lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarle a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios, según sean médicamente necesarios, para niños de 0 a 20 años: • 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: • Una evaluación de comunicación cada cinco años.	Sí
Servicios del Programa Estatal de Hospitalización Psiquiátrica	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital.	Cubierto según sea médicamente necesario para niños de 0 a 20 años.	Sí
Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Tratamiento brindado durante más de tres horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando del abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de tratamiento residencial a corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios terapéuticos conductuales en el lugar	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internados en un hospital u otro centro.	Cubierto, según sea médicamente necesario. • Hasta nueve horas por mes.	Sí
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y la atención prequirúrgica y posquirúrgica.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de asistencia visual	La asistencia visual incluye artículos como anteojos, lentes de contacto y prótesis para los ojos (ojos falsos).	Cubrimos los siguientes servicios cuando los receta su médico: • Dos pares de anteojos para los niños de 0 a 20 años. • Un marco 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 visual	Servicios que controlan y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le brindamos de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros para preguntar cómo obtener los beneficios ampliados y detalles de las limitaciones.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Acupuntura (mayores de 21 años)	Otra forma de medicina que utiliza agujas para aliviar el dolor.	• Hasta cuatro unidades (15 minutos x cuatro = 60 minutos) por visita. • Hasta 24 visitas por año.	Sí
Equipo biométrico	Control de la presión arterial y el peso.	• Un tensiómetro digital cada tres años. O • Una báscula cada tres años.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Quiropráctica (mayores de 21 años)	Otra forma de medicina para tratar los huesos, los músculos y la columna.	Uno nuevo + 35 establec. o 36 establec. (12 visitas adicionales por año) más radiografías	No
Análisis cognitivo conductual computarizado	Evaluación, reevaluación e intervención de salud y comportamiento (individual, familiar y grupal).	Ilimitado	Sí
Servicios de doula	Evaluaciones prenatales, posparto y del recién nacido en su domicilio, junto con una visita de apoyo durante el parto.	Hasta ocho visitas domiciliarias por embarazo y una visita de apoyo durante el parto por embarazo.	No
Kit de prevención de gripe/pandemia	Elegible para los primeros 1,000 miembros que hayan recibido la vacuna contra la gripe.	• 10 mascarillas faciales de tres capas. • Termómetro digital oral. • Desinfectante de manos.	No, pero solicítelo al administrador de casos.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de audición (mayores de 21 años)	Servicios de audición adicionales.	• Una evaluación de audífono cada dos años. • Una adaptación/ verificación de audífono cada dos años. • Un audífono monoaural en oído cada dos años. • Un audífono retroauricular cada dos años. • Un audífono cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Un audífono binaural en oído cada dos años. • Un audífono binaural cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Un audífono Bicros retroauricular cada dos años. • Una audífono Bicros cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Una evaluación auditiva cada dos años.	Sí
Comidas entregadas a domicilio: preparación y socorro ante desastres	Comidas a domicilio durante el estado de emergencia.	Una anualmente.	Sí
Comidas entregadas a domicilio: después del alta (de un hospital o un centro de cuidado)	Comidas a domicilio cuando sale del hospital o centro de cuidado.	Tres comidas por día durante 30 días.	Sí
Servicios de enfermería/ auxiliares de atención domiciliaria	Ayuda de un asistente de salud o enfermero en su hogar.	Ilimitado	Sí
Asistencia para la vivienda	Proporciona asistencia para pagar la vivienda.	Hasta $500 de por vida.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios	Servicios relacionados con el consumo de alcohol o drogas.	Tres horas por día; tres días por semana, hasta 12 semanas.	Sí
Tutela legal	Disponible para miembros en un entorno de cuidado especializado (SNF) o privado (PDN) cuyos padres están obteniendo la tutela para protegerlos porque no pueden cuidar de su propio bienestar (de 17 a 18.5 años).	Máximo de $500 por inscrito de por vida.	Sí
Terapia de masajes (mayores de 21 años)	Terapia con masajes como forma de tratamiento.	Visita de hasta una hora por semana; hasta 24 por año.	Sí
Estipendio de comida (disponible para viajes de larga distancia para citas médicas)	Reembolso de una comida cuando tenga que recibir servicios aprobados lejos de su hogar.	Proporciona una comida para un viaje de más de 150 millas; hasta $25 por persona, dos personas como máximo (miembro + un acompañante).	Sí
Suministros médicos (mayores de 21 años)	Suministros médicos que puede necesitar.	Ilimitado para diversos suministros médicos.	Sí
Circuncisión del recién nacido	Circuncisión neonatal.	Un procedimiento por vida, para bebés de hasta 28 días.	No
Transporte que no sea de emergencia (fines no médicos)	Transporte para redeterminaciones de elegibilidad de Medicaid.	Un viaje de ida y vuelta (dos unidades de viaje de ida).	No
Asesoramiento nutricional (mayores de 21 años)	Servicios que enseñan sobre nutrición.	Límite de visitas por año para: • Clases de nutrición. • Nutrición médica individual y tratamiento posterior. • Nutrición médica grupal. • Terapia de nutrición médica individual y grupal después de un cambio en el diagnóstico, afección médica o régimen de tratamiento.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Beneficio sin receta	Medicamentos de farmacia y productos relacionados con la salud de venta libre.	• $25 por grupo familiar, por mes. • Limitado a una lista aprobada de productos de un proveedor aprobado por el plan.	No
Visitas al PCP (mayores de 21 años)	Visita ambulatoria o en consultorio de pacientes establecidos	Ilimitado	No
	Servicios en centros de cuidado	Ilimitado	No
	Edades para pacientes establecidos: 18-64	Ilimitado	No
	Reevaluación de pacientes establecidos +65 por PM	Ilimitado	No
Servicios prenatales	Extractores de leche y atención antes y después del parto.	• Alquiler de extractores de leche de uso hospitalario, máximo uno por año. • Alquiler de extractores de leche regulares, uno cada dos años. • Atención antes del parto: 14 visitas en el caso de embarazos de bajo riesgo; 18 visitas para embarazos de alto riesgo. • Atención después del parto: tres visitas dentro de los 90 días posteriores al parto.	No, excepto para el alquiler de extractores de leche de uso hospitalario.
Terapia (grupal/ individual/familiar)	Terapia conductual para personas, familias o grupos.	Ilimitado para terapia individual o familiar por telemedicina; terapia grupal ilimitada.	Sí
Terapia ocupacional (mayores de 21 años)	Servicios de terapia ocupacional.	• Una evaluación por año. • Una reevaluación por año. • Siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Fisioterapia (mayores de 21 años)	Servicios de fisioterapia.	• Una evaluación por año. • Una reevaluación por año. • Siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana.	Sí
Terapia respiratoria (mayores de 21 años)	Servicios de terapia respiratoria.	• Una evaluación por año. • Una reevaluación por año. • Una visita por día.	No
Terapia del habla (mayores de 21 años)	Servicios de patología del habla y el lenguaje.	• 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 sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC): una por año. • Instalación, ajuste y entrenamiento de SAAC: hasta cuatro sesiones de 30 minutos por año.	Sí
Vacuna: influenza (mayores de 21 años)	Vacunas contra la gripe.	Una vacuna por año.	No
Vacuna: neumonía (neumocócica) (mayores de 21 años)	Vacunas contra la neumonía.	Ilimitado con autorización previa.	Sí
Vacuna: Tdap (mayores de 21 años)	Vacunas para embarazadas.	Una vacuna por embarazo.	Sí
Vacuna: herpes zóster (varicela; zóster) (mayores de 21 años)	Vacunas contra el herpes zóster.	Vacuna única de dos dosis de por vida.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de la visión (mayores de 21 años)	La asistencia visual adicional incluye artículos como anteojos, lentes de contacto y prótesis para los ojos (ojos falsos).	• Un (1) par de marcos por año. • Un examen de la vista por año. • Los siguientes lentes de contacto se entregan en suministros de seis (6) 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
Copagos exentos	Exención de copagos de Medicaid.	Copagos exentos para todos los servicios.	No

(Lea esta sección si es miembro del Plan de Especialidad [SMI]. Si no está en el Plan de Especialidad, pase a la Sección 16)

Molina Healthcare of Florida tiene un Plan de Especialidad (SMI) a través del cual sus miembros reciben servicios de atención primaria y aguda, salud conductual y beneficios de farmacia. Todos estos servicios están integrados y se brindan de una manera diseñada específicamente para miembros con enfermedades mentales graves (SMI). Las filas resaltadas en azul significan “En lugar de servicios”.

Beneficios de su Plan de Especialidad (SMI): Servicios médicos cubiertos

No hay copagos para los miembros de Molina Healthcare of Florida.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios para Miembros[7].

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios en centros para personas con adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas o al alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios para alergias	Servicios para tratar afecciones, como estornudos o erupciones cutáneas, que no se deben a una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia en sangre o piel médicamente necesarias y hasta 156 dosis por año de vacunas contra la alergia.	Sí
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia se usan cuando necesita atención de emergencia mientras lo transportan al hospital o apoyo especial cuando lo transportan entre instalaciones.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí, para transporte entre instalaciones
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios brindados a personas que están dejando las drogas o el alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios en centros de cirugía ambulatoria	Cirugías y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (ambulatorio).	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	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.	Sí
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Una evaluación inicial por año. • Una reevaluación por año. • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día).	No

[7] Puede encontrar la definición de “necesidad médica” en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios complementarios para la salud conductual	Servicios de salud conductual brindados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF.	Cubrimos 365 o 366 días de servicio por año. Esto incluye terapia, servicios de apoyo y planificación posterior a la atención.	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente, según lo prescrito por su médico cuando sea médicamente necesario: • Pruebas cardiacas. • Procedimientos quirúrgicos cardíacos. • Dispositivos cardíacos.	No, en consultorio
Gestión de casos específicos para servicios de salud infantil	Servicios médicos proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que viven en hogares de acogida.	Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos en un hogar de acogida.	Sí
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden provocar otros trastornos al afectar los nervios y diferentes músculos y órganos.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 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.	Visita a un centro de salud calificado a nivel federal o visita a una clínica de salud rural, si es médicamente necesario.	No
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios proporcionados por un equipo de salud mental a niños que corren el riesgo de ingresar en un centro de tratamiento de salud mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de la Unidad de Estabilización ante Crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se ofrecen en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente, según lo prescrito por su médico tratante: • Tratamiento de hemodiálisis. • Tratamientos de diálisis peritoneal.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios en centros sin cita previa	Servicios prestados en un centro que ayuda a personas sin hogar a obtener tratamiento o vivienda.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicio de provisión de suministros y equipos médicos duraderos	Los equipos médicos se utilizan para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Los equipos médicos duraderos se utilizan una y otra vez, e incluyen sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos destinados a ser usados una única vez y desechados.	Se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.	Sí
Servicios de transporte de emergencia	Transporte por ambulancia o ambulancia aérea (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital por una emergencia.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de evaluación y tratamiento	Servicios de visitas al médico para mantenerse sano y prevenir o tratar enfermedades.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Una evaluación (chequeo) de salud para adultos por año. • Las visitas de niño sano se brindan según la edad y las necesidades de desarrollo. • Una visita por mes en el caso de las personas que viven en un centro de cuidado. • Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para 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 médicamente necesario: • Hasta 26 horas por año.	Sí
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de la salud mental de su hijo.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias del estómago o del sistema digestivo.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los genitales o del sistema urinario.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo médicamente necesario: • Hasta 39 horas por año.	Sí
Servicios de audición	Pruebas, tratamientos y suministros para la audición que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente, según lo prescrito por su médico cuando sea médicamente necesario: • Implantes cocleares. • Un audífono nuevo por oído, una vez cada tres años. • Reparaciones.	Sí
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica brindados en su hogar para ayudarlo a tratar una afección, enfermedad o lesión, o a recuperarse de ella.	Cubrimos lo siguiente cuando sea médicamente necesario: • Hasta cuatro visitas por día en el caso de las beneficiarias embarazadas y los beneficiarios de 0 a 20 años. • Hasta tres visitas por día para todos los demás beneficiarios.	Sí
Servicios de cuidados paliativos	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran en el final de sus vidas, para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. También hay servicios de apoyo disponibles para familiares o cuidadores.	Cubierto, según sea médicamente necesario: • Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre los copagos. Es posible que usted sea responsable por los servicios de cuidados paliativos, ya sea que viva en su hogar, en algún centro o en un centro de cuidado.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individuales con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo médicamente necesario: • Hasta 26 horas por año.	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se utilizan para tratarlo.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados, según la edad y la situación: • Hasta 365 o 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).	No
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de la piel.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros elementos del cuerpo para detectar afecciones, dolencias o enfermedades.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No, excepto en caso de pruebas genéticas
Servicios médicos para niños en hogares de acogida	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida.	Deben estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias.	No
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de gestión de los medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones a la hora de tomar medicamentos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Gestión de casos específicos de salud mental	Servicios para obtener atención médica y de salud conductual para personas con enfermedades mentales.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios móviles de evaluación e intervención ante crisis	Un equipo de profesionales de la salud que brindan servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el domicilio de las personas.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte de ida y vuelta a sus citas médicas. Podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para los beneficiarios que no tienen transporte: • Viajes fuera del estado. • Traslados entre hospitales o instalaciones. • Acompañantes, cuando sea médicamente necesario.	No
Servicios en centros de cuidado	Atención médica o de enfermería que recibe cuando vive a tiempo completo en un centro de cuidado. Puede ser una estadía de rehabilitación a corto plazo o a 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 conocer sobre el copago de alojamiento y comida.	Sí
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar elementos de la casa.	Cubrimos lo siguiente a niños de 0 a 20 años y a adultos hasta $1,500 para servicios ambulatorios: • Una evaluación inicial por año. • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana. • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años. Cubrimos lo siguiente a personas de todas las edades según sea médicamente necesario: • Evaluaciones de seguimiento de sillas de ruedas; una en el momento de la recepción y otra seis meses después.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de cirugía bucal	Servicios para extracciones de dientes y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero sin pasar la noche allí. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos que se utilizan para tratarlo.	• Los servicios de emergencia están cubiertos, según sean médicamente necesarios. • Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de $1,500 por año en el caso de los beneficiarios de 21 años o más.	Sí
Servicios para el tratamiento del dolor	Tratamientos para el dolor duradero que no mejora después de que se hayan brindado otros servicios.	Cubierto según sea médicamente necesario. Es posible que se apliquen algunos límites de servicio.	Sí
Hospitalización parcial	Servicios para personas que salen de un hospital para recibir tratamiento de salud mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que el cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión o enfermedad o debido a una afección médica.	Cubrimos lo siguiente a niños de 0 a 20 años y a adultos hasta $1,500 por servicios ambulatorios: • Una evaluación inicial por año. • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana. • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada cinco años. Cubrimos lo siguiente a personas de todas las edades según sea médicamente necesario: • Evaluación de seguimiento de sillas de ruedas; una en el momento de la recepción y otra seis meses después.	Sí
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 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 los medicamentos que le receta un médico u otro proveedor de atención médica.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Suministro de medicamentos para hasta 34 días por receta. • Surtido de medicamentos según lo recetado.	Sí
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería brindados a domicilio a personas de 0 a 20 años que necesitan atención constante.	Cubrimos hasta 24 horas al día.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios para pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas relacionados con la memoria, el coeficiente intelectual u otras áreas.	Cubrimos lo siguiente, 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 lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Hasta 480 horas por año.	Sí
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. 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 hospitales que cuentan con centros de atención especial para atender afecciones graves.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros anticonceptivos para ayudarle a planificar su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid. No es necesario que sean parte de nuestro plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Los servicios son voluntarios y confidenciales, incluso para menores de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del sistema respiratorio.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Pruebas respiratorias. • Procedimientos quirúrgicos respiratorios. • Manejo de dispositivos respiratorios.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento por una afección, enfermedad o lesión respiratoria.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • 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
Servicio de autoayuda o de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o una enfermedad mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: • Evaluaciones. • Servicios para niños en hogares de acogida. • Servicios para niños en hogares grupales.	Sí
Servicios de patología del habla y el lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarle a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios, según sean médicamente necesarios, para niños de 0 a 20 años: • 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: • Una evaluación de comunicación cada cinco años.	Sí
Servicios del Programa Estatal de Hospitalización Psiquiátrica	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital.	Cubierto según sea médicamente necesario para niños de 0 a 20 años.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Tratamiento brindado durante más de tres horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando del abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de tratamiento residencial a corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios terapéuticos conductuales en el lugar	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internados en un hospital u otro centro.	Cubrimos lo médicamente necesario: • Hasta nueve horas por mes.	Sí
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y la atención prequirúrgica y posquirúrgica.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de asistencia visual	La asistencia visual incluye artículos como anteojos, lentes de contacto y prótesis para los ojos (ojos falsos).	Cubrimos los siguientes servicios cuando los receta su médico: • Dos pares de anteojos para los niños de 0 a 20 años. • Lentes de contacto. • Ojos protésicos.	No
Servicios de atención visual	Servicios que controlan y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	Cubierto, según sea médicamente necesario.	No

Beneficios de su Plan de Especialidad (SMI): Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le brindamos de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros para preguntar cómo obtener los beneficios ampliados.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación de salud conductual	Evaluación para determinar los problemas actuales y pasados, la vida personal y familiar, y las fortalezas y necesidades.	Ilimitado	No
Tratamientos diurnos de salud conductual	Los servicios diurnos de salud conductual están compuestos por servicios de terapia individual, grupal o familiar, y por servicios de atención terapéutica.	Ilimitado	Sí
Servicios médicos de salud conductual (detección de drogas)	Cubre los exámenes de detección de alcohol y otras drogas.	Ilimitado	No
Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal), salud mental/abuso de sustancias	Cubre interacciones verbales (mínimo de 15 minutos) entre un profesional médico calificado y un beneficiario. Este servicio debe estar directamente relacionado con el trastorno de salud conductual del beneficiario o debe prestarse para monitorear los efectos secundarios asociados con la medicación.	Ilimitado	No
Servicio de detección de problemas de salud conductual	Un servicio de evaluación médica relacionado con la salud conductual que incluye una evaluación presencial del estado físico, una breve historia clínica y la toma de decisiones de baja complejidad.	Ilimitado	No
Equipo biométrico	Control de la presión arterial y el peso.	• Un tensiómetro digital cada tres años. O • Una báscula cada tres años.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Psicoterapia individual breve	La psicoterapia médica individual breve es una actividad de tratamiento diseñada para reducir conductas inadaptadas relacionadas con el trastorno de salud conductual del beneficiario, para maximizar el autocontrol conductual o para restaurar el funcionamiento normalizado y establecer relaciones interpersonales y sociales más apropiadas. La psicoterapia médica breve incluye intervenciones de terapia cognitiva conductual o de apoyo orientadas a la introspección.	Ilimitado	No, a menos que supere las 104 unidades al año.
Quiropráctica (mayores de 21 años)	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden provocar otros trastornos al afectar los nervios y diferentes músculos y órganos.	Ilimitado	Sí, después de cumplir con las limitaciones de Medicaid.
Atención colaborativa (conferencias del equipo médico)	Conferencia del equipo médico, contacto directo con el paciente o la familia.	Ilimitado	No
Servicios de doula	Evaluaciones prenatales, posparto y del recién nacido en su domicilio, junto con una visita de apoyo durante el parto.	• Hasta ocho visitas domiciliarias por embarazo y una visita de apoyo durante el parto por embarazo.	No
Kit de prevención de gripe/pandemia	Elegible para los primeros 1,000 miembros que hayan recibido la vacuna contra la gripe.	• 10 mascarillas faciales de tres capas. • Termómetro digital oral. • Desinfectante de manos.	No, pero solicítelo al administrador de casos.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de audición (mayores de 21 años)	Pruebas, tratamientos y suministros para la audición que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye audífonos y reparaciones.	• Una evaluación de audífono cada dos años. • Una adaptación/ verificación de audífono cada dos años. • Un audífono monoaural en oído cada dos años. • Un audífono retroauricular cada dos años. • Un audífono cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Un audífono binaural en oído cada dos años. • Un audífono binaural cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Un audífono Bicros retroauricular cada dos años. • Una audífono Bicros cada dos años pagando la tarifa por prescripción. • Una evaluación auditiva cada dos años.	Sí
Comidas entregadas a domicilio después del alta (de un hospital o un centro de cuidado)	Comidas entregadas en el hogar al comienzo de su recuperación, para apoyar la curación y reducir las rehospitalizaciones.	Tres comidas a domicilio por día para el inscrito y hasta tres miembros de la familia, limitadas a dos días después del alta. El inscrito debe avisar al plan con 48 horas de antelación.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Psiquiatría intensiva ambulatoria y abuso de sustancias	Un programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) es un programa independiente o basado en un hospital que mantiene que las horas de servicio son aquellas que brindan capacidad para la prestación de servicios planificados y estructurados de al menos dos horas por día y tres días por semana, aunque algunos pacientes necesiten asistir con menos frecuencia.	Ilimitado	Sí
Tutela legal	Disponible para miembros en un entorno de cuidado especializado (SNF) o privado (PDN) cuyos padres están obteniendo la tutela para protegerlos porque no pueden cuidar de su propio bienestar (de 17 a 18.5 años).	Máximo de $500 por inscrito de por vida.	Sí
Terapia de masajes	Servicios que consisten en la manipulación manual de músculos, tejido conjuntivo, tendones y ligamentos para mejorar su salud y bienestar.	Ilimitado	Sí
Tratamiento asistido por medicamentos	Tratamiento con metadona para la adicción a opioides. A quienes reciben tratamiento con metadona se les pueden recetar dosis para llevar a su casa después de 30 días de tratamiento, si está clínicamente indicado.	Ilimitado	No, a menos que cumpla con las limitaciones de Medicaid.

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Gestión de los medicamentos	Revisión de los resultados de las pruebas de laboratorio relevantes, intervenciones farmacéuticas previas (por ejemplo, dosis de medicamentos, niveles en sangre, si están disponibles, y duración del tratamiento) y el uso actual de medicamentos. La gestión de los medicamentos incluye la discusión sobre cómo está funcionando el medicamento en su caso, y sobre su tratamiento, los riesgos y las estrategias de gestión.	Ilimitado	No
Asesoramiento nutricional (mayores de 21 años)	Tipo de evaluación que analiza diversas necesidades de salud en relación con la dieta y el ejercicio.	Límite de cinco visitas por año para lo siguiente: • Clase de nutrición. • Nutrición médica individual inicial y tratamiento posterior. • Nutrición médica grupal. • Terapia de nutrición médica individual y grupal después de un cambio en el diagnóstico, afección médica o régimen de tratamiento.	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero sin pasar la noche allí. Esto puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos.	Ilimitado	Sí
Suministros de medicamentos de venta libre	Servicios para ayudar a los miembros a obtener medicamentos y suministros de venta libre por correo.	• $25 por grupo familiar, por mes. • Limitado a una lista aprobada de productos de un proveedor aprobado por el plan.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios prenatales o perinatales	Servicios brindados a mujeres embarazadas y recién nacidos antes del embarazo, durante y después.	• Alquiler de un extractor de leche de uso hospitalario por año como máximo. • Extractores de leche regulares, uno cada dos años. • Atención antes del parto: 14 visitas en el caso de embarazos de bajo riesgo; 18 visitas para embarazos de alto riesgo. • Atención después del parto: tres visitas dentro de los 90 días posteriores al parto.	No para las visitas preparto y posparto. Sí se requiere autorización previa para el alquiler de extractores de leche de uso hospitalario únicamente.
Servicios de atención primaria (mayores de 21 años)	Servicios que incluyen el fomento de la salud, la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la salud, el asesoramiento, la educación del paciente, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas en una variedad de entornos de atención médica.	Ilimitado	No
Pruebas psicológicas: entorno comunitario de salud conductual	Las pruebas psicológicas implican el uso de una medida, instrumento o procedimiento estandarizado, o más de uno de ellos, para observar o registrar el comportamiento humano, y requieren la aplicación de datos normativos apropiados para su interpretación o clasificación.	Ilimitado	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Rehabilitación psicosocial	Los servicios de rehabilitación psicosocial tienen como objetivo restaurar las habilidades y capacidades del beneficiario para ayudar a los miembros a vivir de forma independiente. Las actividades incluyen el desarrollo y el mantenimiento de las habilidades necesarias para la vida diaria, la planificación y preparación de alimentos, la administración del dinero, el mantenimiento del entorno de vida y la capacitación en el uso apropiado de los servicios comunitarios.	Ilimitado con autorización previa y si se cumplen los criterios de necesidad médica.	Sí
Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Tratamiento brindado durante más de tres horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de trastornos por consumo de sustancias.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Tratamiento por abuso de sustancias o servicios de desintoxicación (ambulatorios)	Los servicios de desintoxicación ambulatoria incluyen el manejo clínico y médico del proceso físico y psicológico de abstinencia del alcohol y otras drogas de forma ambulatoria en un entorno comunitario. Este servicio se utiliza para estabilizar física y psicológicamente al beneficiario utilizando protocolos de desintoxicación aceptados.	Ilimitado	Sí
Gestión de casos específicos	Los servicios de gestión de casos específicos de salud mental ayudan a los miembros a obtener acceso a los beneficios financieros y de seguros necesarios, empleo, servicios médicos, servicios sociales, educación y evaluaciones de capacidades y necesidades funcionales, entre otros servicios.	Ilimitado	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Terapia: grupal	Terapia para un miembro individual o para la familia del miembro. Además del asesoramiento, los servicios de terapia grupal para las familias de los miembros u otras personas responsables incluyen educación, intercambio de información clínica y orientación sobre cómo ayudar al miembro.	Ilimitado	No
Terapia: individual/ familiar	La terapia individual y familiar puede involucrar al miembro, a la familia del miembro sin que el miembro esté presente o una combinación de terapia con el miembro y la familia del miembro. El enfoque o beneficiario principal de los servicios de terapia individual y familiar siempre debe ser el miembro.	Ilimitado	No, a menos que supere las 104 unidades al año.
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar elementos de la casa.	• Una evaluación por año. • Una reevaluación por año. • Hasta siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana.	Sí
Fisioterapia (mayores de 21 años)	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que el cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión o enfermedad o debido a una afección médica.	• Una evaluación por año. • Una reevaluación por año. • Hasta siete unidades de tratamientos terapéuticos por semana.	Sí
Terapia respiratoria (mayores de 21 años)	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarle a respirar mejor.	• Una evaluación/ reevaluación de terapia respiratoria por año. • Hasta una visita de terapia respiratoria por día.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Terapia del habla (mayores de 21 años)	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarle a hablar o tragar mejor.	• 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 sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC): una por año. • Instalación, ajuste y entrenamiento de SAAC: hasta cuatro sesiones de 30 minutos por año.	Sí
Vacuna: influenza (mayores de 21 años)	Vacunas contra la gripe.	• Una vacuna por año.	No
Vacuna: neumonía (neumocócica) (mayores de 21 años)	Vacunas contra la neumonía.	• Ilimitado con autorización previa.	Sí
Vacuna: Tdap (mayores de 21 años)	Vacunas para embarazadas.	• Una vacuna por embarazo.	Sí
Vacuna: herpes zóster (varicela; zoster) (mayores de 21 años)	Vacunas contra el herpes zóster.	• Vacuna única de dos dosis de por vida.	No

Servicio	Descripción	Cobertura y limitaciones	Autorización previa
Servicios de la visión	Servicios que controlan y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	• Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, PMMA, esféricos, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, PMMA, tóricos, en prisma, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, permeables al gas, tóricos, en prisma, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, permeables al gas, de uso prolongado, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, hidrófilos, esféricos, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados, hidrófilos, de uso prolongado, por lente. • Suministro para seis meses de lentes de contacto recetados. • Un par de anteojos cada 12 meses. • Un examen de la vista por año.	No; los marcos adicionales requieren autorización previa.
Copagos exentos	Exención de copagos de Medicaid.	• Copago exento para todos los servicios.	No

Sección 13: Información útil sobre el programa de Atención a Largo Plazo (LTC)

(Lea esta sección si está en el programa LTC. Si no está en el programa LTC, pase a la Sección 15)

Inicio del servicio

Es importante que sepamos sobre usted para que podamos asegurarnos de que reciba la atención que necesita. Su administrador de casos programará un horario para ir a su hogar o centro de cuidado a reunirse con usted.

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

- Su salud.
- La manera en que se cuida.
- Cómo usa su tiempo.
- Las personas que lo cuidan.
- Otras cuestiones.

Estas preguntas conforman su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a conocer lo que necesita para vivir de forma segura en su hogar. También nos ayuda a decidir qué servicios le serán más útiles.

Desarrollo de un plan de atención

Antes de poder comenzar a recibir servicios bajo el programa LTC, debe tener **un plan de atención centrado en la persona (plan de atención)**. El administrador de casos elabora su plan de atención con usted. Su plan de atención es el documento que le informa sobre todos los servicios que recibe de nuestro programa LTC. El administrador de casos hablará con usted y con cualquier familiar o cuidador que desee incluir para decidir qué servicios de LTC le serán de ayuda. Utilizarán la evaluación inicial y otros datos para elaborar un plan adecuado para usted. Su plan de atención le indicará 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 realizar tareas domésticas ligeras en su casa, su plan de atención le indicará que un cuidador acompañante adulto vendrá dos días a la semana para ayudarle con sus tareas domésticas ligeras.
- 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 viva de forma segura. También queremos asegurarnos de que esté satisfecho y se sienta conectado con su comunidad y con otras personas. Cuando su administrador de casos esté elaborando su plan de atención, le preguntará sobre las **metas personales** que tenga. Las metas pueden ser de cualquier tipo, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC lo ayuden a lograrlas. Algunos ejemplos de metas personales incluyen lo siguiente:

- 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 usted confíe y que pueda hablar con nosotros sobre su atención) deben firmar su plan de atención. Así, demuestra que está de acuerdo con los servicios de su plan de atención.

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

Actualización de su plan de atención

Todos los meses, el administrador de casos lo llamará para preguntarle cómo van sus servicios y cómo le va a usted. Si se realiza algún cambio, el administrador actualizará su plan de atención y le proporcionará una nueva copia.

El administrador de casos vendrá a verlo en persona para revisar su plan de atención cada 90 días (o aproximadamente tres meses). Este es un buen momento para hablar con el administrador sobre sus servicios, lo que funciona y lo que no funciona para usted, y cómo van sus metas. Luego se actualizará su plan de atención con cualquier cambio. Cada vez que su plan de atención cambie, usted o su representante autorizado deberán firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre los problemas que tenga, los cambios en su vida u otras cuestiones. El administrador de casos o un representante del plan de salud estarán disponibles para usted cuando los necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos le ayudará a diseñar un **plan de respaldo**. Un plan de respaldo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta para brindar un servicio. Por ejemplo, si su asistente de salud en el hogar no vino a bañarlo.

Recuerde que, si tiene algún problema para obtener sus servicios, debe llamar a su administrador de casos.

Sección 14: Beneficios de su plan: Servicios de atención a largo plazo

La siguiente tabla enumera los servicios de atención a largo plazo cubiertos por nuestro plan. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que podamos pagarlos[8].

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

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante adulto	Este servicio le ayuda a preparar comidas, lavar la ropa y realizar tareas domésticas ligeras.	Sí
Atención médica 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	Son servicios que generalmente se brindan en un centro de vida asistida. Los servicios pueden incluir tareas domésticas; ayuda para bañarse, vestirse y comer; asistencia con medicamentos; y programas sociales.	Sí
Servicios de atención asistencial	Son servicios que se brindan las 24 horas si vive en un hogar de cuidado familiar para adultos.	Sí
Asistente de cuidados de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica brindados en su hogar para ayudarlo a tratar una afección, enfermedad o lesión, o a recuperarse de ella.	Sí
Manejo del comportamiento	Servicios para necesidades de salud mental o abuso de sustancias.	Sí
Gestión de la atención/ Gestión 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
Formación para el cuidado	Capacitación y asesoramiento para las personas que ayudan a cuidar de usted.	Sí
Servicios de accesibilidad o adaptación del 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

[8] Puede encontrar una copia de la Política de Cobertura del Programa Estatal de Atención a Largo Plazo de Atención Administrada de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192 LTC Program Policy.pdf.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Comida a domicilio	Este servicio consiste en la entrega de comidas saludables a su hogar.	Sí
Servicios de tareas domésticas	Este servicio le ayuda con las actividades domésticas generales, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina.	Sí
Cuidados paliativos	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran en el final de sus vidas, para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	No
Enfermería intermitente y especializada	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o si la necesita en un horario regular.	Sí
Administración de los medicamentos	Ayuda para tomar los medicamentos si no puede hacerlo usted mismo.	Sí
Equipos y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Se usa una y otra vez, e incluye sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y otros artículos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Incluyen lo que se usa y luego se desecha, como vendas, guantes y otros artículos.	Sí
Gestión de los medicamentos	Revisión de todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando.	Sí
Servicios en centros de cuidado	Los servicios en un centro de cuidado incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con las actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje.	Sí
Servicios de evaluación nutricional o reducción de riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o su cuidador en relación con su dieta y los alimentos que necesita comer para estar sano.	Sí
Cuidado personal	Servicios a domicilio para ayudarle con lo siguiente: • Bañarse. • Vestirse. • Comer. • Higiene personal.	Sí
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o tener cerca de usted, y que le permite pedir ayuda de emergencia en cualquier momento.	Sí
Cuidado de relevo	Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un breve descanso. Puede utilizarlo en su hogar, en un centro de vida asistida o en un centro de cuidado.	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer las actividades de la vida diaria, como escribir, alimentarse y usar elementos de la casa.	Sí
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a que el cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión o enfermedad o debido a una afección médica.	Sí
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que le ayudan a respirar mejor.	Sí
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.	Sí
Transporte	Transporte de ida y vuelta a todos los servicios de su programa LTC. Podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículos.	No

Opción de dirección del participante en la atención a largo plazo

Es posible que le ofrezcan la opción de dirección del participante (PDO). Puede utilizar la PDO si utiliza alguno de estos servicios y vive en su casa:

- Servicios de atención de asistente.
- Servicios de tareas domésticas.
- Servicio de cuidado personal.
- Servicios de cuidado de acompañante adulto.
- Servicios de atención de enfermería intermitente y especializada.

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que usted puede elegir su proveedor de servicios y la manera y el momento de 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. Trabajará con un administrador de casos que puede ayudarlo con la PDO.

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

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados de LTC

Los beneficios ampliados son servicios adicionales que le brindamos sin costo alguno. Hable con su administrador de casos sobre cómo obtener los beneficios ampliados.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Días de reserva de camas en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos	Días en los que se puede reservar su cama en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado 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 dentro de las 48 horas posteriores a que el miembro abandone el centro para ser elegible para este beneficio.	Sí
Canasto de mudanza ALF	El miembro puede seleccionar hasta $50 en artículos una vez en su vida. Aplica a los miembros de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que actualmente viven en un centro de vida asistida (ALF) y a los nuevos miembros en transición o que se mudan a un ALF.	No
Equipo biométrico	Control de la presión arterial y el peso. • Un tensiómetro digital cada tres años. O • Una báscula cada tres años.	Sí
Transporte para cuidadores	Cuatro viajes mensuales de ida para cuidadores para visitar a un miembro que reside en un ALF. Válido para los cuidadores elegibles para LTSS que necesitan transporte para ver a sus seres queridos en un ALF.	No
Kit de prevención de gripe/pandemia	Elegible para los primeros 1,000 miembros que hayan recibido la vacuna contra la gripe. • 10 mascarillas faciales de tres capas. • Termómetro digital oral. • Desinfectante de manos.	No, pero solicítelo al administrador de casos.
Beneficio de vida saludable	Incluye una amplia variedad de dispositivos de asistencia y adaptación para ayudar a los miembros a mantener la independencia en sus hogares. Los miembros pueden seleccionar dos de los siguientes elementos para lograr una mejor salud, una vez en la vida: • Báscula digital. • Tensiómetro para el hogar. • Espirómetro. • Extensores o agarradores. • Almohada lumbar. • Ventilador personal. • Lámpara con clip. • Bolsa para caminador. • Par de mascarillas faciales.	No
Asistencia de transición: de un centro de cuidado al entorno comunitario	Asistencia financiera para ayudarle a pasar de un centro de cuidado al entorno comunitario; $5,000 una vez en la vida.	Sí

Sección 15: Satisfacción de los miembros

Quejas, reclamos y apelaciones del plan

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

	Qué puede hacer:	**Qué haremos:**
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una **queja**.	Puede hacer lo siguiente: • Llámanos en cualquier momento. 1-866-472-4585, TTY 711.	Nosotros: • Intentaremos resolver su problema en 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar un **reclamo**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos en cualquier momento. • Llámenos para pedirnos más tiempo para resolver su reclamo si cree que eso ayudará. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 1-866-472-4585 (TTY: 711) 1-877-508-5748 (fax) o MFL_GrievanceandAppealsDepartment@molinahealthcare.com (correo electrónico)	Nosotros: • Revisaremos su reclamo y le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 90 días. Si necesitamos más tiempo para resolver su reclamo, haremos lo siguiente: • Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos sobre sus derechos si no está de acuerdo.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede solicitar una **apelación**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos, y haga un seguimiento por escrito, dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 1-866-472-4585 (TTY: 711) 1-877-508-5748 (fax) o MFL_GrievanceandAppealsDepartment@molinahealthcare.com (correo electrónico)	Nosotros: • Le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Le ayudaremos a completar cualquier formulario. Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta dentro de los 30 días para responderle.
Si cree que esperar 60 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una **apelación acelerada o "rápida"**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos dentro de los 60 días posteriores a nuestra decisión sobre sus servicios. Molina Healthcare Appeal and Grievance Unit PO Box 36030 Louisville, KY 40233-6030 1-866-472-4585 (TTY: 711) 1-877-508-5748 (fax) o MFL_GrievanceandAppealsDepartment@molinahealthcare.com (correo electrónico)	Nosotros: • Le daremos una respuesta pocas horas después de que recibamos su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que usted necesita una apelación rápida, y le enviaremos una carta dentro de los dos días.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar una **audiencia imparcial de Medicaid**.	Puede hacer lo siguiente: • Escriba a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de Atención Médica. • Pídanos una copia de su historia clínica. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Es posible que se apliquen algunas reglas. *** Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.*	Nosotros: • Le brindaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario. • Reiniciaremos sus servicios si el estado está de acuerdo con usted. Si continuó con sus servicios, podemos pedirle que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.

Apelación rápida del plan

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

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un aviso de resolución de apelación del plan, comunicándose por los siguientes medios:

Agency for Health Care Administration Medicaid Fair Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906
1-877-254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

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

También puede incluir la siguiente información, si la tiene:

- El motivo por el que cree que se debería cambiar la decisión.
- Los servicios que cree que necesita.
- Información médica que respalde la solicitud.
- A quién le gustaría ayudar con su audiencia imparcial.

La Agencia le informará por escrito cuando reciba su solicitud de audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias del estado revisará la decisión que tomamos.

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

Revisión por parte del estado (para miembros de MediKids)

Cuando solicita una revisión, un funcionario de audiencias del estado revisa la decisión tomada durante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión del estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir el aviso. **Primero, debe finalizar su proceso de apelación**.

Puede solicitar una revisión del estado llamando o escribiendo a estos medios de contacto:

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

La Agencia le informará por escrito cuando reciba su solicitud.

Continuación de beneficios para miembros de Medicaid

Si está recibiendo un servicio que se va a reducir, suspender o cancelar, tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome una decisión final sobre la **apelación del plan o la audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá cambios en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

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

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

- 10 días después de recibir un aviso de determinación adversa de beneficios (NABD).
- El primer día en que sus servicios se reducirán, suspenderán o cancelarán, o antes.

Sección 16: Sus derechos como miembro

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

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que siempre se considere y respete su dignidad y privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién brinda los servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluido el servicio de interpretación si usted no habla inglés.
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su conducta.
- Recibir información fácil de entender sobre su diagnóstico, y discutir abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y las 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, excepto que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica.
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- Saber, antes de recibir un servicio, cuánto le puede costar.
- Obtener una copia de la factura y que le expliquen los cargos.
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, sin importar 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 aceptar o rechazar la participación en dicha investigación.
- Presentar una queja cuando no se respetan sus derechos.
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su historia clínica y solicitar que se agregue o corrija información en ella, si es necesario.
- Que se mantenga la privacidad de su historia clínica y se comparta solo cuando lo exija la ley o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (voluntades anticipadas).
- Presentar un reclamo sobre cualquier asunto que no sea la decisión del plan sobre sus servicios.
- Apelar una decisión del plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro plan.
- Hablar libremente sobre sus cuidados e inquietudes de salud sin consecuencias negativas.
- Ejercer libremente sus derechos sin que el plan ni los proveedores de la red lo traten mal.
- Recibir atención sin temor a que se utilice cualquier forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalias.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica y pedir que se la modifique o corrija.

Los miembros del programa LTC tienen derecho a:

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

Sección 17: Sus responsabilidades como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertas responsabilidades. Tiene la responsabilidad de:

- Brindar información precisa sobre su salud a su plan y a sus proveedores.
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de comprender el curso de acción que se va a seguir y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado y hacer preguntas.
- Mantener sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una cita.
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Asegurarse de realizar el pago por los servicios no cubiertos 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.
- Utilizar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Notificar a su administrador de casos si se producen cambios en la información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan de emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar fraudes, abusos y pagos excesivos.

Los miembros del programa LTC tienen la responsabilidad de:

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

Sección 18: Otra información importante

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

Si recibe LTC o servicios de cuidados paliativos, es posible que deba pagar una "parte del costo" por sus servicios cada mes. Esta parte del costo se denomina "responsabilidad del paciente". El Departamento de Niños y Familias (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" o "NOCA". La carta de NOCA le indicará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagar al centro donde vive (si vive en un centro) en concepto de su parte del costo por los servicios de LTC o de cuidados paliativos.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC, comunicarse con el DCF llamando al 1-866-762-2237 sin cargo o visitar la página web del DCF, https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid.shtml (desplácese hacia abajo hasta la sección de Medicaid para personas mayores o discapacitadas, y seleccione el documento titulado "Hojas informativas relacionadas con el SSI").

Protección del proveedor de atención médica indígena (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 ante desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse a usted y a su familia, es importante estar preparado. Debe seguir tres pasos para prepararse para un desastre: 1) estar informado; 2) diseñar un plan; y 3) armar 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. Puedes llamarlos al 1-850-413-9969 o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org.

En el caso de los miembros de LTC, el administrador de casos los ayudará a crear un plan ante desastres.

Consejos para prevenir el fraude y el abuso con Medicaid:

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie que no sean sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado con quienes le ofrezcan dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, u obsequios a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o 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/Pago excesivo en el programa de Medicaid

Para denunciar sospechas de fraude o abuso en Florida Medicaid, llame gratuitamente a la línea directa de quejas del consumidor al 1-888-419-3456 o complete un formulario de queja por fraude y abuso con Medicaid, que está disponible en línea en https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/.

También puede denunciar fraude y abuso directamente con nosotros comunicándose a la línea Molina Healthcare AlertLine, sin costo, al 1-866-606-3889, o puede utilizar el sitio web del servicio para hacer una denuncia en cualquier momento desde http://www.molinahealthcare.com.

Además, puede denunciar casos de fraude, gasto excesivo o abuso al Departamento de Cumplimiento de Molina Healthcare of Florida. Tiene derecho a comunicar sus inquietudes de forma anónima sin temor a represalias.

Molina Healthcare of Florida Attn:
Compliance Department
8300 NW 33rd St
Doral, FL 33122

Recuerde incluir la siguiente información al denunciar:

- Naturaleza de la queja.
- Los nombres de las personas o entidades involucradas en las sospechas de fraude o abuso, junto con la dirección, el número de teléfono, el número de identificación de Medicaid y cualquier otra información de identificación.

Abuso/Negligencia/Explotación de personas

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

Si siente que lo están maltratando o descuidando, puede llamar a la línea directa de abuso al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para TTY/TDD al 1-800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien más que está siendo maltratado. La violencia doméstica también es abuso. Estos son algunos consejos de seguridad:

- Si está herido, llame a su PCP.
- Para recibir atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. Para obtener más información, consulte la sección denominada ATENCIÓN DE EMERGENCIA.
- Tenga listo un plan para llegar a un lugar seguro (la casa 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 gratuitamente a la Línea Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

Voluntades anticipadas

Una **voluntad anticipada** es una declaración escrita o hablada sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo. Algunas personas elaboran las voluntades anticipadas cuando se enferman gravemente o están al final de su vida. Otras personas lo hacen cuando están sanas. Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y comprender estos documentos. No cambian su derecho a obtener beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

1. Testamento en vida.
2. Designación de un apoderado para la atención médica.
3. Donación anatómica (órganos o tejidos).

Puede descargar un formulario de voluntades anticipadas desde este sitio web: http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx.

Asegúrese de que alguien, como su PCP, su abogado, un familiar o el administrador de casos, sepa que usted tiene un documento de voluntades anticipadas y dónde se encuentra.

Si se produce algún cambio en la ley sobre voluntades anticipadas, se lo informaremos dentro de los 90 días. No es necesario que tenga voluntades anticipadas si no lo desea.

Si su proveedor no sigue sus voluntades anticipadas, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros al 1-866-472-4585 (TTY: 711) o ante la Agencia llamando al 1-888-419-3456.

Cómo obtener más información

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

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

Sección 19: Recursos adicionales

FloridaHealthFinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de brindar "una mejor atención médica para todos los residentes de Florida". La Agencia ha creado un sitio web donde puede ver información sobre las agencias de atención médica domiciliaria, los centros de cuidado, los centros de vida asistida, los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales de Florida. En el sitio web, puede encontrar los siguientes tipos de información:

- Información de licencia actualizada.
- Informes de inspección.
- Acciones legales.
- Resultados de salud.
- Precios.
- Medidas de desempeño.
- Folletos de educación del 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 diferentes medidas de desempeño relacionadas con la calidad de la atención brindada por los planes. Las medidas permiten al público comprender qué tan bien los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver las calificaciones del plan, visite la página web. Puede elegir ver la información de cada plan o de todos los planes a la vez.

Unidad de Vivienda para Personas Mayores

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

Información de MediKids

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

Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas

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

Programa de Apoyo al Consumidor Independiente

El Departamento de Asuntos de las Personas Mayores de Florida también ofrece un Programa de Apoyo al Consumidor Independiente (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 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite el Departamento de Asuntos de las Personas Mayores de Florida.

Sección 20: Formularios

1. Formulario de solicitud de reclamo/apelación del miembro
2. Formulario de designación de representante (AOR)

Formulario de solicitud de reclamo/ apelación del miembro

Envíe este formulario por correo a:
Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
PO Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Línea gratuita: (866) 772-4585
Fax: (877) 508-5748

Use letra de imprenta

Nombre del miembro _____ Fecha de hoy _____

Nombre de la persona que realiza la solicitud. Si no es el miembro, complete el formulario de designación de representante adjunto.

_____

ID del miembro _____ Teléfono para llamadas durante el día _____

Problemas específicos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del miembro _____ Fecha _____

Si desea ayuda con su solicitud, podemos ayudarle. Puedes llamarnos o escribirnos:

Envíe este formulario por correo a:
Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
PO Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Línea gratuita: (866) 772-4585
Fax: (877) 508-5748

Formulario de solicitud de reclamo/ apelación del miembro

Instrucciones para presentar un reclamo o apelación:

1. Complete todo este formulario. Describa los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte a este formulario copias de los registros que desee enviar. (No envíe originales).
3. Puede presentar su información personalmente. Para hacerlo, llámenos al 1-866-472-4585.
4. Podemos ayudarle a redactar su solicitud y en el idioma que habla. Si necesita servicios para personas con problemas de audición, puede llamar a nuestro número de teléfono TTY al 711.
5. Si es mayor de 18 años y alguien más actúa en su nombre, se necesita un formulario de designación de representante (AOR) firmado. Utilice el formulario 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 todos sus registros médicos y cualquier otro documento relacionado con su caso.
7. Devuelva este formulario completo a:
   Molina Healthcare of Florida
   Appeal and Grievance Unit
   PO Box 36030
   Louisville, KY 40233-6030
   Fax: 1-877-508-5748
8. Le enviaremos una verificación por escrito de la recepción de su solicitud.

Gracias por utilizar el proceso de reclamo para miembros de Molina Healthcare.

Formulario de designación de representante (AOR)

Nombre del miembro | **Número de ID de miembro de Molina**

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Acepto nombrar a _____ (nombre y dirección) para que sea mi representante en lo relacionado con un reclamo o una apelación de _____ (problema específico).

Apruebo que esta persona haga o dé cualquier solicitud o aviso, presente o muestre evidencia para obtener información, incluida, entre otras, la divulgación de datos pasados, presentes o futuros: resultados de pruebas de VIH, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, pruebas psicológicas/ psiquiátricas e información de evaluación, y cualquier otra información relacionada con diagnósticos, tratamientos o afecciones médicas; y que reciba cualquier notificación en relación con mi reclamo/ apelación pendiente.

FIRMA (miembro) | **DIRECCIÓN**

NÚMERO DE TELÉFONO (con código de área) | **FECHA**

ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

Yo,_____, por la presente acepto la designación anterior. 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 (representante) | **DIRECCIÓN**

NÚMERO DE TELÉFONO (con código de área) | **FECHA**

Aviso de no discriminación

No discriminación en la prestación de servicios de salud

Molina cumple con las pautas establecidas en la norma final de la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, que incluye la notificación de no discriminación e instrucciones para acceder a servicios lingüísticos en todos los materiales importantes para los miembros, las ubicaciones físicas que atienden a nuestros miembros y todo el sitio web de Molina MMA. Todos los proveedores que se unan 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 (OCR). Molina exige que los proveedores brinden servicios a los miembros de Molina sin distinción de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, la orientación sexual, el embarazo y los estereotipos sexuales. Los proveedores deben publicar una notificación de no discriminación en un lugar visible de su oficina, junto con lemas traducidos en idiomas distintos del inglés en los quince (15) idiomas principales que se hablan en el estado para garantizar que los miembros de Molina comprendan sus derechos, cómo acceder a los servicios de idiomas y el proceso para presentar una queja si creen que ha ocurrido discriminación.

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

Investigaciones de la Sección 1557

Todos los proveedores de Molina deberán divulgar todas las investigaciones realizadas de conformidad con la Sección 1557 de su Ley de Protección y Atención Médica Asequible al Coordinador de Derechos Civiles de Molina en:

Molina Healthcare

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Número gratuito: (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 1-866-472-4585 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 1-866-472-4585, 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 1-866-472-4585 pou jwenn plis èd soti 8è:00 a.m. rive 7è:00 p.m. Si ou avèg oswa ou gen difikilte pou tande oswa pou kominike, tanpri rele 711 pou sèvis TTY/TTD yo. Nou kapab ede w jwenn enfòmasyon oubezwen an gwo karaktè, odyo (son) ak an Bray. N ap ba w sèvis sa yo pou gratis.

Xin lưu ý: Nếu quý vị là người khuyết tật và cần thêm trợ giúp, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị cần người có thể nói ngôn ngữ của quý vị, chúng tôi cũng có thể giúp. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số 1-866-472-4585 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.

MOLINA HEALTHCARE
Your Extended Family.

Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Florida
Medicaid

Molina Healthcare of Florida (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos sexuales.

Para ayudarlo a comunicarse con nosotros, Molina brinda algunos servicios gratuitos:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
  - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille).

- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés
  - Intérpretes capacitados.
  - Material escrito traducido a su idioma.
  - Material redactado de manera sencilla con lenguaje fácil de entender.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585.

Si considera que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo a:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O bien, envíe su queja por fax al (877) 508-5738.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

También puede enviarlo a un sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

5184749FL0618

MOLINA HEALTHCARE
Your Extended Family.

Eslogan 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 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-472-4585 (TTY: 711).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-472-4585 (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 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-472-4585 (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 1-866-472-4585（TTY：711）。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-472-4585 (TTY : 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-472-4585 (телетайп: 711).
Arabic	ةظوملح: اذإ تكن ركذا ثدحتتغةللا، نإف تامدخة داعسملا ةيوغللا رفاوتتنا جملابكل. ل تصلم قرب 1-866-472-4585 (مقر فتاهم صلا مكبلاو: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-472-4585 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Gujarati	◆ચન◌ા: જો તમે ◆જર◌ાતી બ◌ોલતા હો, તો િન:◆લ્ક ભ◌ાષા સહ◌ાય સેવ◌ાઓ તમ◌ારા મ◌ાટ◆ ઉપલબ્ધ છ◌ે. ફોન કરો 1-866-472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรยน: ถาคณพดภาษาไทยคณสามารถใชบรการชวยเหลอทางภาษาไดฟร โทร 1-866-472-4585 (TTY: 711).

MHF – 1557 tag lines_v2
Created 10/14/16, rev 12/14/16

MolinaHealthcare.com