



MEDICAID DE FLORIDA

# MANUAL DEL MIEMBRO

*Plan de Salud Children's Medical Services (CMS)*



1-866-799-5321 TTY

1-800-955-8770

Marzo 2025

[SunshineHealth.com/CMS](https://SunshineHealth.com/CMS)

CMS\_9633

**If you do not speak English**, call us at 1-866-799-5321. 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.

Español: **Si usted no habla inglés**, llámenos al 1-866-799-5321. 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.

Francés: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 1-866-799-5321. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Creol haitiano: **Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 1-866-799-5321. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Italiano: **Se non parli inglese** chiamaci al 1-866-799-5321. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Ruso: **Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 1-866-799-5321. 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.

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



# Información de contacto importante

<b>Línea de ayuda de Servicios al Miembro</b>	<b>1-866-799-5321</b>	Disponible las 24 horas
<b>Línea de ayuda de Servicios al Miembro Teléfono de texto</b>	<b>1-800-955-8770</b>	Disponible las 24 horas
<b>Sitio web</b>	<b>SunshineHealth.com/CMS</b>	
<b>Dirección</b>	P.O. Box 4559089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089	
<b>Servicios de transporte sin emergencia:</b>	<b>Administración de Transporte Médico (MTM)</b> Teléfono: 1-844-399-9469   Teléfono de texto: 711	
<b>Dental</b> <b>*Los beneficios se ofrecen a través de su plan dental de Medicaid</b>	Comuníquese con su administrador de cuidados directamente o llame al 1-866-799- 5321 para que le ayuden a organizar estos servicios.	
<b>Visión</b>	<b>Involve Vision</b> Teléfono: <b>1-833-705-1354</b> (Teléfono de texto: 1-800-955-8770)	
<b>Audición/Audiología</b>	<b>HearUSA</b> Teléfono: <b>1-855-252-5322</b> (Teléfono de texto: 711)	

## Información de contacto importante

<p><b>Para informar de presuntos casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables</b></p>	<p><b>1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)</b>          Teléfono de texto: 711 o 1-800-955-8771  <a href="http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline">http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline</a></p>
<p><b>Para la elegibilidad de Medicaid</b></p>	<p><b>1-866-762-2237</b>          (Teléfono de texto: 711 o 1-800-955-8771)  <a href="https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid/">https://www.myflfamilies.com/service-programs/access/medicaid/</a></p>
<p><b>Para denunciar el fraude o abuso a Medicaid</b></p>	<p><b>1-888-419-3456</b>  <a href="https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/">https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/</a></p>
<p><b>Para presentar una queja sobre un centro de salud</b></p>	<p><b>1-888-419-3456</b>  <a href="http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml">http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml</a></p>
<p><b>Para solicitar una audiencia justa de Medicaid</b></p>	<p><b>1-877-254-1055</b>          1-239-338-2642 (fax)  <a href="https://ahca.myflorida.com/medicaid/complaints/fair_hrng.shtml">https://ahca.myflorida.com/medicaid/complaints/fair_hrng.shtml</a></p>
<p><b>Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid</b></p>	<p><b>1-877-254-1055</b>          Teléfono de texto: 1-866-467-4970  <a href="http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/">http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/</a></p>

<b>Departamento de Salud de Florida - Children's Medical Services</b>	<b>1-850-245-4200</b> Correo electrónico: <b>CMSPlan@flhealth.gov</b> <a href="http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/cms-plan/">http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/childrens-health/cms-plan/</a>
<b>Para encontrar información sobre la violencia doméstica</b>	<b>1-800-799-7233</b> (Teléfono de texto: <b>1-800-787-3224</b> ) <a href="http://www.thehotline.org/">http://www.thehotline.org/</a>
<b>Para encontrar información sobre centros médicos en Florida</b>	<a href="http://www.floridahealthfinder.gov/index.html">http://www.floridahealthfinder.gov/index.html</a>
<b>Para encontrar información sobre la atención urgente</b>	Visite <a href="http://FindAProvider.SunshineHealth.com">FindAProvider.SunshineHealth.com</a> para encontrar el centro de atención urgente más cercano a usted O llame a nuestra línea de asesoría de enfermería las 24 horas al <b>1-866-799-5321</b> (teléfono de texto 1-800-955-8770) o a nuestra línea de crisis de salud mental las 24 horas al <b>1-866-799- 5321</b> (teléfono de texto 1-800-955-8770).
<b>Para emergencias</b>	<b>9-1-1</b> o vaya a la sala de emergencia más cercana
<b>En caso de emergencia de salud mental</b>	<b>988</b>

# índice

Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación).....	10
Sección 2: Su privacidad .....	10
Prácticas de Privacidad del miembro cubierto.....	11
Cómo utilizamos o compartimos su historial médico .....	11
Usos y divulgación de su historial médico que requieren su consentimiento por escrito .....	13
Derechos de los miembros .....	14
Información de contacto .....	15
Sección 3: Cómo obtener ayuda de los Servicios al Miembro.....	16
Comunicarse con los Servicios al Miembro.....	16
Comunicarse con los Servicios al Miembro fuera del horario de atención al público .....	16
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse? .....	16
Sección 5: Cuando su información cambia .....	17
Sección 6: Su elegibilidad.....	17
Si pierde la elegibilidad para Medicaid.....	17
Si tiene Medicare .....	17
Si va a tener un bebé.....	18
Sección 7: Inscripción en nuestro plan.....	18
Inscripción inicial.....	18
Período de inscripción abierta.....	18
Inscripción en el Programa de Cuidado a largo plazo de SMMC .....	19
Sección 8: Abandono de nuestro Plan (Desafiliación).....	21
Baja de nuestro Plan (Desafiliación involuntaria) .....	22
Sección 9: Administración de su atención médica .....	23
Apoyo a la coordinación de la atención por parte del personal capacitado del Plan de Salud de CMS. 23	
Acceso al Plan de Salud de Children’s Medical Services en la escuela especializada.....	23

Acceso al especialista de etapa temprana del Plan de Salud Children’s Medical Services ..	23
Programa de Jóvenes en Transición (TAY) .....	24
Acceso al especialista en transiciones .....	24
Cambio de administrador de cuidados .....	24
Aspectos importantes que debe comunicar a su administrador de cuidados .....	24
Solicitud de suspensión de los servicios .....	25
<b>Sección 10: Acceso a los servicios .....</b>	<b>25</b>
Proveedores en nuestro plan .....	25
Proveedores que no están en nuestro plan .....	26
Telemedicina .....	26
Servicios dentales .....	27
¿Qué tengo que pagar? .....	28
Servicios para niños .....	28
Objeciones morales o religiosas .....	29
<b>Sección 11: Información útil sobre sus beneficios .....</b>	<b>30</b>
Elección de un proveedor de atención primaria (PCP) .....	30
Acceso a la atención integrada mediante hogares médicos centrados en el paciente/ hogares de salud mental .....	30
Atención especializada y remisiones .....	31
Segundas opiniones .....	31
Atención de urgencia .....	31
Atención hospitalaria .....	32
Atención de emergencia .....	32
Normas de los proveedores para la programación de citas con el PCP y el especialista .....	33
Relleno de prescripciones .....	34
Información sobre farmacias especializadas .....	34
Servicios de salud mental .....	34
Programas de recompensas para miembros .....	36

Programas de gestión de enfermedades.....	39
Programas de mejora de la calidad.....	40
Sección 12: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada.....	40
Beneficios de su plan: Beneficios ampliados.....	64
Sección 13: Satisfacción del miembro.....	74
Reclamos, quejas y apelaciones al plan.....	74
Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid.....	78
Sección 14: Sus derechos como miembro .....	78
Sección 15: Sus responsabilidades como miembro .....	80
Sección 16: Otra información importante .....	81
Protección de los proveedores de atención médica para indios (IHCP) .....	81
Plan de emergencia en caso de desastre .....	81
Consejos para prevenir el fraude y el abuso de Medicaid .....	81
Fraude/Abuso/Pago en exceso en el programa de Medicaid .....	81
Abuso/Negligencia/Explotación de personas.....	82
Lineamientos anticipados.....	82
Cómo obtener más información .....	83
Aplicación móvil .....	83
Evaluación de nueva tecnología.....	84
Conectando la asistencia médica de su hijo(a): Acceso a la historia clínica digital de su hijo(a). .....	84
Sección 17: Recursos adicionales.....	85
Floridahealthfinder.gov.....	85
Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad.....	85
Servicios más allá de la atención médica.....	86
Community Connections está aquí para usted.....	86
Sección 18: Formularios .....	87
Sección 19: Salas de acogida .....	92





# Bienvenido al plan de atención administrada de Medicaid en todo el estado, **Plan de Salud Children's Medical Services**

El Departamento de Salud de Florida (DOH, por sus siglas en inglés) tiene un contrato con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de atención médica a las personas con Medicaid. Esto se conoce como **Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid (SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC, el Plan de Salud de CMS. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de atención médica para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Existen varios tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis y atención de emergencia de un plan de **Asistencia Médica Administrada (MMA)**. Si tiene 18 años o más y una discapacidad, puede solicitar recibir servicios en un centro de cuidados, en el hogar y en la comunidad en un plan de **Cuidado a largo plazo (LTC)**. (LTC). Si padece una determinada enfermedad, como el SIDA, puede recibir cuidados diseñados para satisfacer sus necesidades en un Plan **Especializado**.

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para concertar citas. Si necesita hablar con nosotros, llámenos al 1-866-799-5321.

El DOH de Florida se asocia con Sunshine Health para operar el Plan de Salud de CMS. Sunshine Health es un Plan de Salud autorizado en Florida.

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

Debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si los datos de la tarjeta son incorrectos. Cada uno de sus familiares en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

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

Su tarjeta de identificación de miembro lucirá así:

(Frente)

<p><b>MEMBER</b>  <b>Name:</b>  <b>Medicaid ID:</b>  <b>DOB:</b>  <b>Effective Date:</b>  <b>PCP Name:</b>  <b>PCP Phone:</b>  <b>Non-emergency Transportation:</b>                  1-844-399-9469</p> <p><small>If you have health questions, call your PCP or our 24/7 nurse advice hotline at 1-866-799-5321 (TTY 1-800-955-8770). In an emergency, call 911.</small></p>	 <p><b>Children's                  Medical Services                  Health Plan</b>  <small>OPERATED BY SUNSHINE HEALTH</small></p> <p>Pharmacy                  Help Desk:                  1-833-750-4401                  RXBIN: 003858                  RXPCN: MA                  RXGRP: 2EEA</p>
---	--

(Reverso)

<p><b>IMPORTANT CONTACT INFORMATION FOR MEMBERS</b></p> <p>Children's Medical Services Health Plan                  P.O. Box 459086, Fort Lauderdale, FL 33345-9086                  SunshineHealth.com/CMS</p> <hr/> <p><b>Call 1-866-799-5321 (TTY: 1-800-955-8770) for</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24/7 Member Services</li> <li>- 24/7 Nurse Advice Line</li> <li>- Provider Services</li> <li>- Authorization</li> <li>- Non-participating Provider Services</li> <li>- Vision Services</li> <li>- Eligibility</li> <li>- Behavioral Health</li> <li>- Case Management</li> <li>- After Hours Care Coordination</li> </ul> <hr/> <p><b>Submit Claims To: Children's Medical Services Health Plan Attn: CLAIMS</b>                  P.O. Box 3070, Farmington, MO 63640-3823</p>
---

## 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, etnia y otros datos que lo identifican. No compartiremos ninguna información sobre su salud que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Nuestras prácticas de privacidad de Sunshine Health describen cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo cuidadosamente.

For help to translate or understand this information, please call 1-866-799-5321. Hearing impaired TTY 1-800-955-8770.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono. 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770).

Los servicios de intérprete se le proporcionarán gratuitamente.

## **Prácticas de Privacidad del miembro cubierto:**

Su privacidad es importante para nosotros en Children's Medical Services. Haremos todo lo posible para proteger su historial médico. Por ley, debemos proteger estos historiales médicos.

Nuestra política de prácticas de privacidad le indica cómo usamos su historial médico. Describe cuándo podemos compartir su historial con otros y explica sus derechos sobre el uso de su historial médico. Asimismo, le indica cómo utilizar esos derechos y quién puede ver su historial médico. Esto no se aplica a los historiales médicos que no lo identifican. Si no se aplica una de las razones indicadas a continuación, debemos obtener su consentimiento por escrito.

El Plan de Salud Children's Medical Services, operado por Sunshine Health, puede cambiar las Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio en nuestras Prácticas de Privacidad se aplicará a todos los historiales médicos que mantenemos. Si hacemos cambios, le enviaremos un nuevo aviso.

**Considere:** también recibirá un Aviso de Prácticas de Privacidad de Medicaid en el que se describen las reglas para su historial médico. Otros planes de salud y proveedores de atención médica pueden tener reglas diferentes al usar o compartir su historial médico. Le pedimos que obtenga una copia de sus Avisos de Prácticas de Privacidad y los lea cuidadosamente.

## **Cómo utilizamos o compartimos su historial médico:**

A continuación le indicamos cómo podemos utilizar o compartir su historial médico sin su consentimiento:

- **Tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su historial médico con los médicos u otros proveedores de servicios médicos que le prestan atención médica y para ayudar a administrar su cuidado. Por ejemplo, si está en el hospital, podemos dar el historial al hospital que nos envíe su médico.
- **Pago.** Podemos utilizar y divulgar su información médica personal (PHI) para efectuar el pago de los beneficios de los servicios médicos que se le han prestado. Nosotros podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las normas federales de privacidad para fines de pago.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y compartir su historial médico para realizar nuestras operaciones de atención médica; ayudar a resolver cualquier apelación o queja presentada por usted o un proveedor de atención médica contra Sunshine Health o el estado de Florida; o ayudar a asistir a otros que nos ayudan a proporcionar sus servicios de salud. No compartiremos su historial con estos grupos a menos que ellos acepten proteger su historial.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su historial médico para recordarle las fechas y horas de tratamiento y atención médica con nosotros. También podemos utilizarla o divulgarla para darle información sobre opciones de tratamiento, así como para otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

- **Según lo exija la ley.** Podemos utilizar o compartir su historial médico sin su consentimiento si alguna oficina legal lo requiere. Se atenderá la solicitud cuando esta se ajuste a la ley. Si hay algún conflicto legal, cumpliremos con la ley que mejor lo proteja a usted y a su historial médico.
- **Actividades de salud pública.** Podemos entregar su historial médico a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; podemos entregarlo a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA); o podemos hacerlo para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de productos o servicios bajo el control de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia.** Podemos entregar su historial médico a una autoridad gubernamental local, estatal o federal. Esto incluye los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para tener estos informes. Lo haremos si tenemos motivos para creer que existe un caso de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su historial médico en procedimientos judiciales y administrativos, así como en respuesta a una orden de un juzgado, tribunal administrativo o en respuesta a una citación, emplazamiento, orden judicial, solicitud de presentación de pruebas o solicitud legal similar.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos revelar su historial médico a las fuerzas del orden, cuando sea necesario. Por ejemplo, en caso de haber una orden o mandato judicial, una citación o emplazamiento emitido por un funcionario judicial o una citación del gran jurado. También podemos divulgar su historial médico para encontrar o localizar a un sospechoso, un fugitivo o una persona desaparecida.
- **Médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar su historial médico a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para decidir la causa de la muerte. También podemos divulgar su historial médico a los directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos.** Podemos divulgar su historial médico a organizaciones de obtención de órganos o entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.
- **Amenazas para la salud y seguridad.** Podemos utilizar o divulgar su historial médico si creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente. Esto incluye las amenazas a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su historial médico según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su historial médico a:
  - funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional
  - ayuda a las actividades de inteligencia
  - el Departamento de Estado para la determinación de la idoneidad médica
  - servicios de protección del Presidente u otras personas autorizadas

- **Compensación a los trabajadores.** Podemos divulgar su historial médico para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley. Se trata de programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar el responsable.
- **Situaciones de emergencia.** Podemos divulgar su historial médico en una situación de emergencia o si usted no puede responder o no está presente. Esto incluye a un familiar, un amigo cercano, una agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o cualquier otra persona de la que nos haya hablado. Utilizaremos el criterio profesional y la experiencia para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si es lo mejor para usted, solo divulgaremos los expedientes médicos que sean directamente relevantes para la participación de la persona en su cuidado.
- **Presos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la ley cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica, para proteger su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación.** En algunos casos, podemos ceder su historial médico a investigadores cuando se haya aprobado su estudio de investigación clínica. Estos deben contar con salvaguardias para garantizar la privacidad y la protección de su historial médico.

### **Usos y divulgación de su historial médico que requieren su consentimiento por escrito:**

Estamos obligados a obtener su consentimiento por escrito para utilizar o divulgar su historial médico, con pocas excepciones, por las razones que se indican a continuación:

- **Venta de historiales médicos.** Solicitaremos su consentimiento por escrito antes de hacer cualquier divulgación de su historial médico por la cual se nos pueda hacer un pago.
- **Marketing.** Solicitaremos su consentimiento por escrito para utilizar o divulgar su historial médico con fines de marketing, con excepciones limitadas. Por ejemplo, no necesitamos su consentimiento cuando tengamos un evento en persona con usted o cuando le demos regalos promocionales de valor modesto.
- **Notas de psicoterapia.** Solicitaremos su consentimiento por escrito para utilizar o compartir cualquiera de sus notas de psicoterapia que tengamos archivadas, con excepciones limitadas. Por ejemplo, para determinadas funciones de tratamiento, pago o funcionamiento de la atención médica.

Todos los demás usos y divulgaciones de su historial médico no descritos se harán únicamente con su consentimiento por escrito. Usted puede cancelar el consentimiento en cualquier momento. La solicitud de cancelación del consentimiento debe hacerse por escrito. Su solicitud de cancelación del consentimiento entrará en vigor tan pronto como la solicite, excepto en dos casos. El primer caso es cuando ya hayamos tomado acciones basadas en el consentimiento anterior. El segundo caso es antes de que hayamos recibido su solicitud de cese por escrito.

## **Derechos de los miembros:**

A continuación se detallan sus derechos con respecto a su historial médico. Si desea hacer uso de alguno de los derechos, comuníquese con nosotros a través de los datos que figuran al final de este aviso.

- **Derecho de revocación.** Puede revocar su consentimiento para que se divulgue su PHI en cualquier momento. Debe hacerlo por escrito; debe estar firmada por usted o en su nombre; debe enviarse a la dirección que figura al final de este aviso; puede presentar su carta por correo o en persona; será efectiva cuando la recibamos efectivamente; el consentimiento revocado no será efectivo si nosotros u otros ya han actuado sobre el formulario firmado.
- **Solicitud restricciones.** Usted tiene derecho a pedir que se limiten el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, así como la divulgación a las personas que participan en su atención o en el pago de su atención. Esto incluye a los familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe ser detallada y exacta; también debe decir a quién se aplica el límite. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si estamos de acuerdo, accederemos a su solicitud de límite. No lo haremos si la información es necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, limitaremos el uso o la divulgación del historial médico para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o el artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su historial médico de otras maneras o en otros lugares. Este derecho solo se aplica si la información puede perjudicarlo si no se comunica de otra manera o en otro lugar. No tiene que explicar el motivo de su solicitud. Debe indicar cómo podría perjudicarlo si no se realiza el cambio. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable y establece el otro modo o lugar al que debe enviarse su historial médico.
- **Derecho a acceder y recibir una copia de su historial médico.** Usted tiene derecho, con ciertos límites, a ver u obtener copias de su historial médico contenido en un conjunto de registros. Puede solicitar que le entreguemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Si es posible, utilizaremos el formato que usted elija. Debe solicitarlo por escrito para tener acceso a su historial médico. Si denegamos su solicitud, le daremos una razón por escrito. Le indicaremos si los motivos de la denegación pueden revisarse. También le informaremos cómo solicitar una revisión o si la denegación no puede revisarse.
- **Derecho a modificar su historial médico.** Tiene derecho a pedirnos que hagamos cambios en el historial médico que conservamos de usted. Estos cambios se conocen como enmiendas. Toda solicitud de modificación debe hacerse por escrito. Tiene que justificar su solicitud de cambio. Nos comunicaremos con usted por escrito a más tardar 60 días después de recibir su solicitud. Si necesitamos más tiempo, podemos tardar hasta 30 días adicionales. Le informaremos sobre cualquier retraso y sobre la fecha en que nos comunicaremos con usted.

Si realizamos los cambios, se lo informaremos. También comunicaremos sus cambios a otras personas que sabemos que tienen su historial médico y a otras personas que usted nombre. Si decidimos no hacer los cambios, le comunicaremos el motivo por escrito. Usted tiene derecho a disputar por escrito la solicitud de cambio denegada.

- **Derecho a recibir una relación de las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de los casos de los últimos seis (6) años en los que nosotros o nuestros asociados comerciales hayan divulgado su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y ciertos otros eventos. Si usted solicita este recuento más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo, por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más detalles sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, o que nosotros hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja con nosotros por escrito o por teléfono. Utilice la información de contacto que figura al final de esta sección. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

También puede presentar una queja ante el Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Ave. SW, Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-800-368-1019 (teléfono de texto 1-866-788-4989) o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

**NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

- **Derecho a recibir una copia de nuestras prácticas de privacidad.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Utilice la información de contacto que se indica a continuación. Si recibe nuestras Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web o por correo electrónico, puede solicitar una copia en papel del aviso.

**Información de contacto:**

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras Prácticas de Privacidad relacionadas con sus registros de salud, o sobre cómo hacer valer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Utilice la información de contacto que se indica a continuación.

Sunshine Health  
Att: Oficial de Privacidad  
P.O. Box 459089  
Fort Lauderdale, FL 33345-9089  
TELF.: 1-866-799-5321  
Teléfono de texto: 1-800-955-8770

### **Sección 3: Cómo obtener ayuda de los Servicios al Miembro**

Nuestro Departamento de Servicios al Miembro puede responder a todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar a su proveedor de atención primaria (PCP), a averiguar si un servicio está cubierto, a obtener referencias, a encontrar un proveedor, a sustituir una tarjeta de identificación perdida, a informar del nacimiento de un nuevo bebé y a explicarle cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios.

#### **Comunicarse con los Servicios al Miembro**

Puede llamarnos al 1-866-799-5321 o al 1-800-955-8770, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, pero no en días festivos estatales aprobados (como el día de Navidad y el día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de llevar su tarjeta de identificación para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación o se la roban, llame a Servicios al Miembro).

#### **Comunicarse con los Servicios al Miembro fuera del horario de atención al público**

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laborable. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra Línea de Asesoría de Enfermería, disponible las 24 horas del día, al **1-866-799-5321**. Nuestras enfermeras están disponibles 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.** Tenemos personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Le proporcionamos esta ayuda gratis.

**Para personas con discapacidad.** Si usted utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos indicarle si el consultorio de un proveedor es accesible en silla de ruedas o tiene dispositivos para la comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para oír o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al **1-800-955-8770** e infórmeles de nuestro número de teléfono de Servicios al Miembro (1-866-799-5321). Ellos lo comunicarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille.
- Ayuda para agendar o acudir a las citas.
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad.

Todos estos servicios son gratuitos.



## Sección 5: Cuando su información cambia

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

El Departamento de Niños y Familias (DCF) necesita saber cuándo cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame al número gratuito del DCF al **1-866-762-2237** (teléfono de texto 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. Asimismo, puede ir en línea y hacer los cambios en su cuenta de Community Connection Automatizada para la Autosuficiencia Económica (ACCESS) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame al número gratuito de la SSA al **1-800-772-1213** (teléfono de texto 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Asimismo, puede comunicarse con su oficina local de Seguro Social o ir en línea y hacer cambios en su cuenta de Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

## Sección 6: Su elegibilidad

Usted debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que Sunshine Health pague sus servicios y citas de atención médica. Esto se conoce como tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), tiene derecho a Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid con el DCF.

A veces las cosas en su vida pueden cambiar y estos cambios pueden afectar su derecho a Medicaid. Es muy importante asegurarse que tiene cobertura del plan médico antes de acudir a cualquier cita. El hecho que tenga una tarjeta de identificación del Plan no significa que todavía tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que la cobertura de su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre el mismo, llame a Servicios al Miembro al 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770). Podemos ayudarle a comprobar su cobertura.

### Si pierde la elegibilidad para Medicaid

Si pierde la elegibilidad para Medicaid y la recupera en un plazo de 180 días, se le volverá a inscribir en nuestro plan.

### Si tiene Medicare

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

### Si va a tener un bebé

Si va a tener un bebé, estará cubierta por el plan MMA en la fecha del nacimiento. Llame a los Servicios al Miembro para informarnos de la llegada de su bebé y nos aseguraremos de que esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada **antes** de que nazca su bebé para asegurarse de que el bebé tenga Medicaid y que se inicie el cuidado prenatal temprano. 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 en que nazca; le darán un número de Medicaid para el bebé. Con el DCF, también puede elegir el plan MMA para su bebé. Infórmenos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

## Sección 7: Inscripción en nuestro plan

### Inscripción inicial

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene 120 días para probarlo. Si no le gusta por cualquier motivo, puede inscribirse en otro plan de la misma región. Una vez transcurridos esos 120 días, usted queda inscrito en nuestro plan para el resto del año. Esto se conoce como estar bloqueado en un plan. Cada año en el 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 su plan si lo desea. Esto se conoce como período de inscripción abierta. El **período de inscripción** abierta se basa en el lugar de Florida donde vive. El Agente de Inscripción del estado le enviará una carta para informarle de cuándo es su período de inscripción abierta.

Región	Período de inscripción abierta	Fecha efectiva
9-11 (Broward, Indian River, Martin, Miami-Dade, Monroe, Okeechobee, Palm Beach, St. Lucie)	1 oct - 30 nov	1 dic
5-8 (Brevard, Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hardee, Hendry, Highlands, Hillsborough, Lee, Manatee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole)	1 nov - 31 dic	1 ene
1-4 (Bay, Calhoun, Escambia, Franklin, Gadsden, Gulf, Holmes, Jackson, Jefferson, Leon, Liberty, Madison, Okaloosa, Santa Rosa, Taylor, Wakulla, Walton, Washington)	1 dic - 31 ene	1 feb

No tiene que cambiar de plan durante el periodo de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, empezará con su nuevo plan al final de su periodo de inscripción abierta. Una vez que se haya inscrito en el nuevo plan, quedará bloqueado hasta el siguiente periodo de inscripción abierta. Puede llamar al Agente de Inscripción al **1-877-711-3662** (teléfono de texto 1-866-467-4970).

### **Inscripción en el Programa de Cuidado a largo plazo de SMMC**

El programa de Cuidado a largo plazo (LTC) de SMMC ofrece servicios en centros de enfermería, así como cuidados en el hogar y en la comunidad a mayores de 18 años con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda con las compras; o supervisión.

Pagamos los servicios que se prestan en el centro de enfermería. Si usted vive en un centro de cuidados de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa LTC. Si no lo sabe, o cree que no está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios al Miembro. Podemos ayudarle.

El programa LTC también ofrece ayuda a las personas que viven en su casa. Sin embargo, el espacio es limitado para estos servicios a domicilio, así que antes de que pueda recibir estos servicios, tiene que hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud; a esto se le conoce como examen. Una vez finalizado el chequeo, los Centros de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad (ADRC) le notificará sobre su inclusión en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no le incluimos en dicha lista. Si le colocamos 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 la Tercera Edad le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir 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/statewide\\_mc/ltc\\_scrn.shtml](https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml). Por ejemplo:

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

Si respondió afirmativamente a las tres preguntas, puede comunicarse con Sunshine Health para solicitar una evaluación para el programa LTC. Una vez inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

# Plan de Salud Children's Medical Services

Puede encontrar el número de teléfono de su ADRC local utilizando el siguiente mapa. También pueden ayudarle a responder cualquier otra pregunta que tenga sobre el programa LTC. Visite [https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide\\_mc/smmc\\_ltc.shtml](https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml) para obtener más información.



## CENTROS DE RECURSOS PARA EL ENVEJECIMIENTO Y LA DISCAPACIDAD (ADRC)

### ✝ PSA 1

Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc.  
5090 Commerce Park Cir.  
Pensacola, FL 32505  
(850) 494-7101  
[www.nwflaaa.org](http://www.nwflaaa.org)

### ▶ PSA 2

Advantage Aging Solutions  
2414 Mahan Dr.  
Tallahassee, FL 32308  
(850) 488-0055  
[www.aaanf.org](http://www.aaanf.org)

### ◀ PSA 3

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

### ◇ PSA 4

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

### ☀ PSA 5

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

### ☀ PSA 6

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

### ○ PSA 7

Senior Resource Alliance  
3319 Maguire Blvd., Ste. 100  
Orlando, FL 32803  
(407) 514-1832  
[www.seniorresourcealliance.org](http://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](http://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](http://www.youragingresourcecenter.org)

### ■ PSA 10

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

### ★ PSA 11

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

## Sección 8: Abandono de nuestro Plan (Desafiliación)

Abandonar un plan se conoce como **desafiliación**. Por ley, las personas no pueden dejar o cambiar de plan mientras están bloqueadas, excepto por razones específicas. Si desea abandonar nuestro plan mientras está inscrito, llame al Agente de Inscripción del estado para ver si se le permite cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **cancelación de la afiliación justificada**<sup>1</sup>):

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de reclamo y apelación<sup>2</sup>:

- Su usted recibe una atención de mala calidad y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber examinado su historial médico
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero los puede obtener a través de otro plan
- Sus servicios se retrasaron sin una buena razón

Si tiene alguna duda sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios al Miembro o al Agente de Inscripción del estado al **1-877-711-3662** (teléfono de texto 1-866-467-4970).

<sup>1</sup> Para ver la lista completa de motivos de desafiliación justificada, consulte la Regla Administrativa de Florida 59G-8.600:

<https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGEDCARE&ID=59G-8.600>

<sup>2</sup> Para saber cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 13, Satisfacción de los miembros, en la página 71.

### **Baja de nuestro Plan (Desafiliación involuntaria)**

Agencia puede darle de baja de nuestro plan (y a veces del programa SMMC por completo) por ciertas razones. Esto se conoce como desafiliación involuntaria. Estas razones incluyen:

- Pierde su Medicaid
- Se muda fuera de donde operamos o fuera del estado de la Florida
- Pierde su derecho a la evaluación clínica de Children's Medical Services o cumple 21 años
- Utiliza intencionalmente su tarjeta de identificación del plan de manera incorrecta o permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan
- Falsifica o adultera las prescripciones médicas
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta proporcionarle atención
- Está en el programa LTC y vive en un centro de vivienda asistida o en una residencia familiar para adultos que no es similar a un hogar y no se mudará a un centro que sea similar a un hogar<sup>3</sup>

Si la Agencia lo retira de nuestro plan, porque ha infringido la ley o por su comportamiento, no podrá volver al programa SMMC.

<sup>3</sup> Esto es solo para los miembros del programa de Cuidado a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios al Miembro o a su administrador de cuidados.

## **Sección 9: Administración de su atención médica**

Lo comunicaremos con su administrador de cuidados. Su administrador de cuidados es la persona a la que debe acudir y es responsable de coordinar su atención. Esto significa que es la persona que lo ayudará a averiguar qué servicios LTC necesita y cómo obtenerlos. El administrador de cuidados trabajará con sus proveedores para gestionar su atención médica.

Si tiene algún problema con sus cuidados o cambia algo en su vida, comuníquelo a su administrador de cuidados y él le ayudará a decidir si los servicios deben cambiar para apoyarlo mejor.

### **Apoyo a la coordinación de la atención por parte del personal capacitado del Plan de Salud de CMS**

Nuestros administradores de atención están formados para entender los retos únicos a los que se enfrentan los miembros de nuestra especialidad. Ofrecen la mejor calidad de atención.

Los miembros también reciben apoyo a través de nuestro Programa de Alcance de Coordinación de Cuidados. Al menos una vez al trimestre, comprobamos si nuestros miembros necesitan ayuda con servicios como

- Conductuales, médicos o farmacéuticos
- Sociales como vivienda, alimentación, etc.

### **Acceso al Plan de Salud de Children's Medical Services en la escuela especializada**

Los miembros y sus familias tienen acceso a nuestro especialista del "Plan de Salud de CMS en la escuela". Esta persona sabe cómo trabajar con las escuelas para ayudar a nuestros miembros a obtener los servicios que necesitan para mejorar el éxito escolar.

### **Acceso al especialista de etapa temprana del Plan de Salud Children's Medical Services**

Los miembros y sus familias tienen acceso a nuestro especialista de "etapa temprana del Plan de Salud Children's Medical Services". Esta persona trabajará con las familias para hacer una transición flexible de los servicios de etapa temprana en el hogar, ya que el niño está cumpliendo tres años y se cambiará a nuevos proveedores.

### **Programa de Jóvenes en Transición (TAY)**

Ayudamos a los miembros a prepararse para convertirse en adultos. Nuestros administradores de atención capacitados están aquí para guiar a los miembros y las familias en cosas como:

- Elección del proveedor
- Empleado
- Vivienda
- Transporte

Nuestro programa incluye la detección, el entrenamiento y la educación. Ayudamos a los miembros y a las familias a averiguar qué servicios y habilidades necesitan ayuda y a crear un plan para alcanzar sus objetivos.

### **Acceso al especialista en transiciones**

Los miembros y sus familias tienen acceso a nuestro especialista en transiciones del plan de salud de CMS. Este especialista ayuda a las familias y a los jóvenes en la transición de un centro de enfermería especializada, un centro de vida asistida o un entorno similar a un hospital a vivir con su familia o en un hogar grupal. Este especialista trabaja estrechamente con la familia para evaluar las opciones y crear un plan para trasladar al miembro si el cambio es lo mejor para él.

### **Cambio de administrador de cuidados**

Si desea elegir un administrador de cuidados diferente, llame a Servicios al Miembro. Puede haber ocasiones en las que tengamos que cambiar su administrador de cuidados. Si tenemos que hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y puede que le llamemos por teléfono.

### **Aspectos importantes que debe comunicar a su administrador de cuidados**

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

- No le gusta un servicio
- Tiene dudas sobre un proveedor de servicios
- Sus servicios no son los adecuados
- Obtiene un nuevo seguro médico
- Va al hospital o a urgencias
- Su cuidador ya no puede ayudarlo
- Su situación de vida cambia
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambian



### **Solicitud de suspensión de los servicios**

Si algo cambia en su vida y necesita suspender su(s) servicio(s) por un tiempo, infórmele a su administrador de cuidados. Su administrador de cuidados le pedirá que rellene y firme un formulario de consentimiento para la suspensión voluntaria de sus servicios.

### **Sección 10: Acceso a los servicios**

Antes de que reciba un servicio o acuda a una cita médica, tenemos que asegurarnos de que necesita el servicio y de que es médicamente adecuado para usted. Esto se conoce como autorización previa. Para ello, examinamos su historial médico y la información facilitada por su médico u otros profesionales médicos; posteriormente, decidimos si ese servicio puede ayudarlo. Utilizamos las normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

### **Proveedores en nuestro plan**

En la mayoría de los casos, usted debe acudir a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de 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 conoce como **libertad de elección**. Si usted acude a un proveedor de servicios médicos que no esté en nuestra red, es posible que tenga que pagar por esa cita o servicio.

Encontrará una lista de los proveedores que forman parte de nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia, llame al **1-866-799-5321** para obtenerla o visite nuestro sitio web <https://www.sunshinehealth.com/CMS>. Podemos informarle sobre la formación, residencia y cualificaciones de sus proveedores.

### **Proveedores que no están en nuestro plan**

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

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

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestra red. No olvide consultarnos antes de utilizar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

### **Telemedicina**

El Plan de Salud de Children's Medical Services utiliza este servicio para ampliar el acceso a la atención médica a todos los miembros.

Este incluye:

- Miembros que viven en zonas rurales
- Miembros que viven en comunidades con escasez de servicios médicos
- Miembros que prefieren la comodidad y privacidad de la telemedicina
- Miembros con enfermedades u horarios complejos

Cubrimos las visitas a través de este servicio igual que las visitas en persona.

No importa si la ubicación es remota, pero el médico debe realizar las visitas en el ámbito de su práctica.

¿Cómo puede encontrar un médico que utilice el servicio? ¡Es muy sencillo!

Tiene varias opciones:

- Busque en el Directorio de Proveedores del Plan de Salud de Children's Medical Services
- Visite nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea
- Llame a Servicios al Miembro.

Una vez que encuentre un proveedor, podrá recibir atención por telemedicina desde su casa. Lo único que tiene que hacer es utilizar su teléfono celular, tableta computadora

¿No tiene? Tampoco pasa nada.

Aquí hay más opciones:

- Podemos remitirle al programa de telefonía móvil Safelink, que ofrece teléfonos celulares gratuitos y una asignación mensual gratuita de minutos, mensajes de texto y datos que puede utilizar para la telemedicina
- Puede visitar una de nuestras Salas de Bienvenida, que están equipadas con computadoras, Wi-Fi y espacios de reunión privados para una visita de telemedicina
- Las laptops de nuestros administradores de atención de CMS pueden estar disponibles para las citas de telemedicina

### Servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero algunos servicios dentales pueden estar cubiertos por su plan médico. La siguiente tabla le ayudará a entender qué plan paga por un servicio.

Tipo(s) de servicio(s) dental(es)	Plan dental	Plan médico
Servicios dentales	Cubierto cuando visita al dentista o higienista dental	Cubierto cuando ve al médico o enfermera
Servicios dentales programados servicios dentales programados en un hospital o centro	Cubierto para los servicios de su dentista	Cubierto para médicos, enfermeras, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema dental	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Medicamentos prescritos para una visita o problema dental	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Transporte a su servicio dental o cita	<i>No cubierto</i>	Cubierto

### **¿Qué tengo que pagar?**

Es posible que tenga que pagar por citas o servicios que no están cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos prestar en el programa de Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde que el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo vaya a necesitar. Es posible que tenga que pagar por los servicios si no los aprobamos antes.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios al Miembro. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros; le ayudaremos.

### **Servicios para niños<sup>4</sup>**

Debemos prestar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros de 0 a 20 años. Así lo establece la ley. Esto es así aunque no cubramos un servicio o si el mismo tiene un límite. Siempre que los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios tienen:

- Dinero ilimitado
- Tiempo ilimitado, sin límites horarios ni diarios

Es posible que su proveedor tenga que pedirnos la aprobación antes de dar el servicio a su hijo. Llame a Servicios al Miembro si quiere saber cómo solicitar estos servicios.

<sup>4</sup>También se conoce como requisitos de "Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico" o "EPSDT".

## **Servicios cubiertos por el sistema de pago por servicio de Medicaid y no cubiertos por el Plan de Salud Children's Medical Services**

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de que Plan de Salud Children's Medical Services los cubra:

- Análisis del comportamiento (BA)
- Programa de coincidencia certificada del Departamento de Salud del Condado (CHD)
- Presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget). Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad
- Exención de servicios domiciliarios y comunitarios para la disautonomía familiar (FD)
- Medicamentos relacionados con el factor de la hemofilia
- Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID)
- Programa de correspondencia escolar certificada por Medicaid (MCSM)
- Exención de servicios domiciliarios y comunitarios modelo
- Servicios de audición para recién nacidos
- Atención ampliada pediátrica prescrita
- Programa de correspondencia del condado para el abuso de sustancias

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

[http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy and Quality/Policy/Covered Services HCBS Waivers.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy%20and%20Quality/Policy/Covered%20Services%20HCBS%20Waivers.shtml).

### **Objeciones morales o religiosas**

Si no cubrimos un servicio por una razón religiosa o moral, le comunicaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos debe llamar al Agente de Inscripción del Estado al **1-877-711-3662** (teléfono de texto 1-866-467-4970). El Agente de Inscripción le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

## **Sección 11: Información útil sobre sus beneficios**

### **Elección de un proveedor de atención primaria (PCP)**

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

Una de las primeras cosas que tendrá que hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, una enfermera o un asistente médico. Usted se comunicará con su PCP para agendar una cita para servicios como revisiones periódicas, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas; esto se conoce como **remisión**. Puede elegir su PCP llamando a **Servicios al Miembro**.

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

Puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Para hacerlo, llame a **Servicios al Miembro**.

### **Acceso a la atención integrada mediante hogares médicos centrados en el paciente/ hogares de salud mental**

Los miembros son más propensos a tener múltiples problemas de salud como asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, parálisis cerebral, anemia de células falciformes y otras condiciones médicas. Podemos ayudar a nuestros miembros a encontrar un proveedor que forme parte de un centro médico o de salud mental o de un centro médico centrado en el paciente.

### **Atención especializada y remisiones**

A veces, es posible que necesite ver a un proveedor que no sea su PCP para tratar problemas médicos como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Hable primero con su PCP; este le remitirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica.

Asegúrese de informarle sobre sus **remisiones**. El administrador de cuidados trabajará con el especialista para atenderle.

### **Segundas opiniones**

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

Su PCP, su administrador de cuidados o los Servicios al Miembro pueden ayudarle a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores para la segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que lo vea.

### **Atención urgente**

La atención de urgencia no es una atención de emergencia. Esta atención es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de 48 horas. Su salud o su vida no suelen estar en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP su hijo u ocurre después de que su consultorio PCP ha cerrado.

Si necesita atención de urgencia después del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Asesoría de Enfermería. Hable con una enferma gratuitamente llamando al **1-866-799-5321**. La enfermera tratará de ayudarle por teléfono. También puede llamar a nuestra Línea de Crisis de Salud Mental las 24 horas al **1-866-799-5321**. Es posible que le indiquen que se dirija a un centro de atención urgente para recibir ayuda. Los centros de atención urgente no requieren una aprobación previa.

También puede encontrar el centro de atención urgente más cercano a usted llamando a Servicios al Miembro al **1-866-796-0530** o visitando nuestro sitio web en [SunshineHealth.com/CMS](http://SunshineHealth.com/CMS) y haciendo clic en "Buscar un proveedor".

### **Atención hospitalaria**

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o pasar la noche, su PCP lo organizará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que vaya, excepto en caso de emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con antelación o se trate de una emergencia.

Si tiene un administrador de cuidados, este trabajará con usted y su proveedor para poner en marcha los servicios cuando vuelva a casa desde el hospital.

### **Atención de emergencia**

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

- Huesos rotos
- Sangrado que no se detiene
- Su hija está embarazada, está de parto o sangra
- Problemas para respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos que se reciben cuando usted está muy enfermo o herido. Estos servicios intentan mantenerlo con vida o evitar que empeore. Suelen prestarse en una sala de emergencias.

**Si su estado es grave, llame al 911 o acuda de inmediato al centro de emergencia más cercano.** Si usted puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencia. Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PCP; este le dirá lo que debe hacer.

No es necesario que el hospital o centro forme parte de nuestra red de proveedores o que esté en nuestra área de servicio. Tampoco es necesario que obtenga una aprobación previa para que usted reciba atención de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su condición.

Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa, vaya para recibir la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios al Miembro cuando pueda e infórmenoslo.



**Normas de los proveedores para la programación de citas con el PCP y el especialista**

<b>Tipo de cita con el PCP</b>		<b>Acceso estándar</b>
Atención urgente		En 48 horas para los servicios que no requieren autorización previa y en 96 horas para los que sí la requieren
Examen regular y de rutina		En un plazo de 30 días
Atención fuera de horario		Los proveedores de atención primaria deben tener un servicio de recepción de llamadas que comunique a los miembros con un proveedor. La mayoría de los proveedores de atención primaria también ofrece disponibilidad de citas fuera de horario para los miembros de Medicaid
<b>Tipo de cita con el especialista</b>		<b>Acceso estándar</b>
Cita con el nuevo paciente		En un plazo de 60 días a partir de la solicitud con la remisión adecuada
Exámenes prenatales de rutina		En un plazo de cuatro semanas hasta la semana 32, cada dos semanas hasta la semana 36 y cada semana a partir de entonces hasta el parto
Oncología: cita con el nuevo paciente		Dentro de los 30 días siguientes a la solicitud
Seguimiento después del ingreso en salud		Dentro de los siete días siguientes al alta del hospital
<b>Tipo de cita de salud mental</b>		<b>Acceso estándar</b>
Emergencia que no pone en peligro la vida		En seis horas
Acceso urgente		En 48 horas
Visita inicial para atención rutinaria		En 10 días laborables
Seguimiento de la atención rutinaria		En 30 días calendario
Seguimiento después de un ingreso hospitalario de salud mental		En un plazo de siete días calendario
Fuera de horario		Su proveedor de salud mental (BH) debe tener un servicio de llamadas que sea atendido por una persona en directo.

## **Relleno de prescripciones**

Cubrimos una gama completa de medicamentos prescritos. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se llama nuestra **Lista de Medicamentos Preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestra página web [SunshineHealth.com/CMS](http://SunshineHealth.com/CMS) o llamando a Servicios al Miembro.

Cubrimos medicamentos de **marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca, pero suelen ser más económicos; funcionan igual. A veces, es posible que tengamos que aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que rellene su prescripción.

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

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando, pero le informaremos si hay algún cambio.

## **Información sobre farmacias especializadas**

Las farmacias especializadas rellenan prescripciones de medicamentos especiales. Estos tipos de medicamentos pueden inyectarse, infundirse o tragarse. Por lo general, estos medicamentos no se pueden conseguir en una tienda. Sunshine Health se asocia con AcariaHealth para proporcionar medicamentos especializados. Estos son medicamentos que tratan condiciones complejas. Requieren apoyo adicional para asegurarse de que se usen correctamente. Se le ofrecerá la opción de seleccionar una farmacia de especialidad diferente por correo, después de que rellene su medicamento de especialidad inicial. Si desea una farmacia de especialidades diferente, rellene el formulario de solicitud de cambio de farmacia de especialidades que se le proporciona, a fin de que lo revisemos y comuniquemos si lo aprobamos.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios de farmacia o necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios al Miembro al 1-866-799-5321.

## **Servicios de salud mental**

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

- Siempre está triste
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar
- Se siente inútil
- Tiene problemas para dormir
- No tiene ganas de comer
- Abusa del alcohol o las drogas
- Problemas con las relaciones
- Preocupaciones de los padres

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudar con los problemas que pueda estar enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud mental para pedir una cita. Puede obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud mental:

- Llamando al **1-866-799-5321** (teléfono de texto 1-800-955-8770)
- Buscando en nuestro directorio de proveedores
- Visitando nuestro sitio web [SunshineHealth.com/CMS](http://SunshineHealth.com/CMS)

Alguien está ahí 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 mental.

**Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame al 911.** Usted también puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, aunque esté fuera de nuestra área de servicio. Si puede, llame a su PCP una vez que esté en un lugar seguro. Haga un seguimiento con su proveedor en un plazo de 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para trasladarlo a un hospital o proveedor que esté en la red de nuestro plan una vez que esté estable.

**Programas de recompensas para miembros**

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

<b>Recompensa</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Valor de la recompensa</b>
<b>Sesiones de coaching para la cesación tabáquica saludable</b>	A partir de los 10 años. Debe presentar un formulario de consentimiento firmado por el padre/representante del miembro, comprometerse verbalmente a dejar de consumir tabaco dentro de 30 días y completar las cuatro sesiones en los seis meses siguientes a la primera sesión. Recompensa de 5 \$ después de cada sesión completada.	Hasta \$20
<b>Sesiones de asesoría para la pérdida de peso saludable</b>	A partir de los 10 años. Debe presentar un formulario de consentimiento firmado por el padre/representante del miembro, comprometerse verbalmente a perder peso en un plazo de 30 días y completar seis sesiones en seis meses.	\$20
<b>Asesoría en materia de salud por consumo de sustancias</b>	Mayores de 12 años. Complete tres sesiones de asesoría con un gerente de atención en tres meses. Se requiere un formulario de consentimiento firmado por el padre/representante del miembro.	\$10
<b>Cuidado de la diabetes integral</b>	De 13 a 20 años. Completar tanto la prueba de HbA1c como el examen oftalmológico con dilatación de pupila una vez en el año calendario.	\$25

Recompensa	Limitaciones	Valor de la recompensa
<b>Visita de seguimiento posterior al ingreso en salud mental</b>	Cumplimentar una cita de seguimiento ambulatorio con un proveedor de salud conductual en los siete días siguientes al alta de un centro de hospitalización.	\$20
Visita anual del niño sano: 0-30 meses	Una visita por año calendario con un médico de atención primaria.	\$10
Visita anual del niño sano: 3-21 meses	Una visita por año calendario con un médico de atención primaria.	\$20
Estado de vacunación infantil (Combo 3)	2 años de edad. Serie completa de vacunas antes del 2º cumpleaños: 4 dosis de difteria, tétanos y tos ferina (DTaP); 3 dosis de poliovirus inactivado (IPV); 1 dosis de sarampión, paperas y rubéola (MMR); 3 dosis de haemophilus influenza tipo B (HiB); 3 dosis de hepatitis B; 1 dosis de virus varicela-zóster (varicela o VZV); y 4 dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV).	\$20
Vacunas para adolescentes (Combo 2)	De 10 a 13 años. Completar la serie de vacunas antes de cumplir 13 años: 1 dosis de meningococo, 1 dosis de tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) y 2-3 dosis de virus del papiloma humano (VPH).	\$20
Serie de vacunas contra el VPH	De 13-26 años. Vacuna completa 2-3 dosis contra el virus del papiloma humano (VPH).	\$20

Recompensa	Limitaciones	Valor de la recompensa
Detección del plomo en los niños	2 años de edad. Análisis de sangre anual completo para detección de intoxicación por plomo.	\$20
Evaluación de riesgos médicos para nuevos miembros	Cumplimentación de la HRA para los nuevos miembros en los 60 días siguientes a la inscripción.	\$20
<b>Formulario de notificación de embarazo (primer trimestre)</b>	De 12 a 20 años. Rellenar y firmar un formulario de notificación de embarazo dentro del primer trimestre.	\$20
<b>Cuidado prenatal</b>	Complete una visita prenatal.	\$50
<b>Cuidado postparto</b>	Realizar una visita de seguimiento posparto entre 7 y 84 días después del parto.	\$20
<b>TDAP para embarazadas</b>	Vacuna completa de una dosis contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) durante el embarazo.	\$20

**Cómo funciona:** ganar recompensas es fácil. Cuando tome ciertas decisiones saludables, los dólares de la recompensa se transferirán automáticamente a su tarjeta de recompensas. Las recompensas se añaden después de que recibamos el reclamo de su proveedor por el comportamiento saludable que ha demostrado. Si es su primera recompensa, se le enviará una tarjeta por correo.

Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si deja nuestro Plan durante más de 180 días, es posible que no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o quiere unirse a cualquiera de estos programas, llámenos al **1-866-799-5321** o visite [SunshineHealth.com/CMS-rewards](http://SunshineHealth.com/CMS-rewards).

**Programas de gestión de enfermedades**

Disponemos de programas especiales que le ayudarán a determinar si padece alguna de estas enfermedades.

**Programa de cáncer:** ofrece educación sobre el diagnóstico y el tratamiento, ayuda a controlar los síntomas y los efectos secundarios, ayuda para encontrar servicios médicos y apoyo emocional para los miembros y sus familias durante este difícil momento.

**Programa sobre la diabetes:** ayuda a las personas con diabetes a aprender más sobre la enfermedad y los riesgos para la salud, a elegir un estilo de vida saludable (como la dieta, no fumar, el ejercicio y el control de los niveles de azúcar en sangre), a seguir el plan de atención y el calendario de medicamentos.

**Programa de asma:** guía a los enfermos de asma para que aprendan más sobre la enfermedad, los riesgos para la salud, cómo reducir los factores desencadenantes (como el polvo, el moho, el aire frío, el humo de los cigarrillos) y cómo seguir el plan de cuidados y el calendario de medicamentos.

**Programa de presión arterial alta (hipertensión):** ayuda a las personas con presión arterial alta a abordar y mejorar los hábitos y estilo de vida, como el tabaquismo, el ejercicio, la dieta baja en grasas, el seguimiento del programa de medicamentos, nuevas formas de manejar el estrés y el aprendizaje de los primeros signos de un ataque al corazón.

**Programa de salud mental:** ayuda a los miembros a encontrar un proveedor, consejero u otro tipo de atención, ofrece orientación sobre la salud, el bienestar y los sistemas de apoyo saludables, siguiendo el plan de atención y el programa de medicamentos, cambiando los comportamientos poco saludables y aprendiendo habilidades de afrontamiento saludables.

**Programa de trastornos por consumo de sustancias:** ofrece orientación sobre la salud, el bienestar y los sistemas de apoyo positivos, derivaciones a Narcóticos Anónimos (NA) y Alcohólicos Anónimos (AA), estímulo y apoyo para el plan de tratamiento y el autocuidado.

**Asuntos relacionados con el final de la vida, incluida la información sobre las directivas anticipadas:** la gestión de los cuidados apoya a los miembros con enfermedades que amenazan la vida. Los gestores de atención discutirán las opciones del plan de tratamiento, las decisiones sobre la calidad de vida y los lineamientos anticipados, incluyendo:

- Testamento en vida
- Designación de un sustituto para la atención médica
- Donación de órganos
- Programa de Atención Integral a la Infancia (PACC)/Partners in Care-Together for Families (PIC-TFK)

Obtenga estos formularios de su administrador de atención o de la siguiente página web:

<http://floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>

### Programas de mejora de la calidad

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

- Programas para niños
- Violencia doméstica
- Prevención del embarazo
- Programas relacionados con el embarazo
- Servicios Healthy Start
- Evaluación/Consejo nutricional
- Programas de salud mental
- Telemedicina
- Telemonitoreo

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

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios al Miembro al 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770).

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

En la siguiente tabla se enumeran los servicios médicos que están cubiertos por nuestro Plan. Recuerde que puede necesitar una remisión de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos<sup>6</sup>.

Es posible que haya algunos servicios que no cubramos, pero que podrían estar cubiertos por Medicaid. Para conocer estos beneficios, llame a la línea de ayuda de la Agencia de Medicaid al 1-877-254-1055. Si necesita que le lleven a cualquiera de estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar a la Administración de Transporte Médico (MTM) al **1-844-399-9469** para programar un traslado.

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

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos, llame a Servicios al Miembro.

**NOTA:** los servicios resaltados son servicios de salud conductual en lugar de servicios. Esto significa que son servicios opcionales que puede elegir en lugar de los servicios más tradicionales en función de sus necesidades individuales.

<sup>6</sup> Puede encontrar la definición de Necesidad Médica en [http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G\\_1010\\_Definitions.pdf](http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf)



<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de alergia</b>	Servicios para tratar condiciones como estornudos o sarpullidos que no están causados por una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia en sangre o en la piel que sean médicamente necesarias y hasta 156 dosis por año de vacunas contra la alergia.	No
<b>Servicios de transporte en ambulancia</b>	Los servicios de ambulancia son para cuando se necesita atención de emergencia mientras se le traslada al hospital o apoyo especial cuando se le transporta entre centros.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia no urgente.
<b>Servicios de Centro quirúrgico ambulatorio</b>	La cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (ambulatorio).	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de anestesia</b>	Servicios para que no sienta dolor durante cirugías u otros procedimientos médicos.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Puede que se requiera autorización previa.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de cuidados asistenciales</b>	Servicios proporcionados a adultos (mayores de 18 años y mayores) para ayudar con actividades cotidianas y el consumo de los medicamentos.	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, según sean médicamente necesarios.	Puede que se requiera autorización previa.
<b>Servicios de evaluación de la salud mental</b>	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y conductuales del comportamiento.	Cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación inicial por año</li> <li>• Una reevaluación por año</li> <li>• Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud del comportamiento (no más de 30 minutos en un solo día)</li> </ul>	No
<b>Servicios de superposición de salud mental</b>	Servicios de salud mental proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios cardiovasculares</b>	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas cardíacas</li> <li>• Procedimientos quirúrgicos cardíacos</li> <li>• Dispositivos cardíacos</li> </ul>	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de salud infantil Administración de casos específicos</b>	Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarles a recibir atención médica y otros servicios O servicios proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios médicos de acogida.	Su hijo debe estar inscrito en el programa DOH Early Steps O  Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos de acogida.	No
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de los desajustes de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos.	Cubrimos, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 visitas de pacientes por año, por miembro establecidas</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	No
<b>Servicios clínicos</b>	Servicios de atención médica proporcionados en un Departamento de Salud del condado, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural.	Los servicios médicamente necesarios deben prestarse en un departamento de salud del condado, en un centro de salud federalmente calificado o en una clínica de salud rural.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios integrales basados en la comunidad</b>	Servicios proporcionados por un equipo de salud mental a los niños que corren el riesgo de ingresar en un centro de tratamiento de salud mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de la Unidad de Estabilización de Crisis</b>	Servicios de salud mental de emergencia que se proveen en un centro que no es un hospital regular.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No se requiere autorización previa para los tres primeros días de ingreso involuntario en un centro de salud mental. Después de los tres primeros días, se requiere autorización previa. Se requiere autorización previa para los ingresos voluntarios.
<b>Servicios de desintoxicación o de centros de recepción de adicciones</b>	Servicios de emergencia por abuso de sustancias que se realizan en un centro que no es un hospital normal.	Todas las edades.  Hasta un total de 15 días al mes.	No se requiere autorización previa para los tres primeros días de ingreso involuntario en un centro de salud mental. Después de los tres primeros días, se requiere autorización previa. Se requiere autorización previa para los ingresos voluntarios.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de diálisis</b>	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros de diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico tratante, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de hemodiálisis</li> <li>• Tratamientos de diálisis peritoneal</li> </ul>	No
<b>Servicios del centro de acogida</b>	Un club social que ofrece apoyo entre pares y un programa de actividades flexible.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No
<b>Servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos</b>	El equipo médico se utiliza para controlar y tratar una condición, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza una y otra vez, e incluye elementos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos que se utilizan una sola vez y luego se desechan.	Al ser médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y de edad.  Llámenos a la línea gratuita al 1-866-799-5321 para conocer más.	Se requiere autorización previa para las sillas de ruedas personalizadas y eléctricas, las camas de hospital y los scooters.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de intervención temprana</b>	Servicios a niños de 0 a 36 meses que tienen retrasos en el desarrollo y otras condiciones.	Cubrimos, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación inicial de por vida, realizada por un equipo</li> <li>• Hasta 3 evaluaciones por año</li> <li>• Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año</li> <li>• Hasta 2 sesiones de formación o apoyo por semana</li> </ul>	No
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Transporte en ambulancias o ambulancias aéreas (helicópteros o aviones) para trasladarlo a un hospital por una emergencia.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de evaluación y administración</b>	Servicios para las visitas al médico para mantenerse sano y prevenir o tratar enfermedades.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de salud para adultos (chequeo) por año</li> <li>• Las visitas del niño sano (revisiones de la salud de los niños) se realizan en función de la edad y las necesidades de desarrollo</li> <li>• Una visita al mes para personas que viven en centros de cuidados</li> <li>• Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para tratar enfermedades o condiciones</li> </ul>	No
<b>Servicios de terapia familiar</b>	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 26 horas al año</li> </ul>	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Formación y asesoría familiar para el desarrollo infantil</b>	Servicios de apoyo a la familia durante el tratamiento de salud mental de su hijo	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
<b>Servicios gastrointestinales</b>	Servicios para tratar condiciones, enfermedades o dolencias estomacales o del sistema digestivo.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios genitourinarios</b>	Servicios para tratar condiciones, enfermedades o dolencias de los genitales o del sistema urinario.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de terapia grupal</b>	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario:  Hasta 39 horas al año.	No
<b>Servicios de audición</b>	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según lo prescrito por su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes cocleares</li> <li>• Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años</li> <li>• Reparaciones</li> </ul>	Se requiere autorización previa para los implante cocleares.



Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de salud en el hogar</b>	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su domicilio para ayudarle a controlar o recuperarse de una condición médica, enfermedad o lesión.	Lo cubrimos cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 4 visitas al día miembros embarazadas</li> </ul> Hasta 3 visitas diarias para el resto de los miembros	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de hospicio</b>	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de su vida para ayudarles a mantenerse cómodos y sin dolor. También hay servicios de apoyo para los familiares o cuidadores.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de terapia individual</b>	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individual con un profesional de la salud mental.	Hasta 26 horas al año, según sea médicamente necesario.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de salud mental infantil antes y después de las pruebas</b>	Servicios de pruebas por parte de un profesional de la salud mental con formación especial en bebés y niños pequeños.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
<b>Servicios de hospitalización</b>	Atención médica que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir todas las pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas médicas y equipos que se utilicen para tratarle.	Cubrimos los siguientes servicios de hospitalización según la edad y la situación, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 365/366 días para los miembros</li> </ul>	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de tegumentación</b>	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, enfermedades o dolencias de la piel.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Servicios que analizan la sangre, la orina, la saliva u otros elementos del cuerpo para detectar condiciones, enfermedades o dolencias.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa para pruebas genéricas.
<b>Servicios de acogida médica</b>	Servicios que ayudan a los niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida.	Debe estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de tratamiento asistido con medicamentos</b>	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No
<b>Servicios de administración de los medicamentos</b>	Servicios para ayudar a las personas a entender y tomar las mejores decisiones para tomar sus medicamentos.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No
<b>Servicios del Programa de hospitalización parcial de salud mental</b>	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Administración de casos específicos de salud mental</b>	Servicios para ayudar a obtener atención médica y de salud mental para personas con enfermedades mentales.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No
<b>Servicios móviles de evaluación e intervención en caso de crisis</b>	Un equipo de profesionales de la salud que proporciona servicios de salud mental de emergencia, normalmente en la casa de las personas.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de terapia multisistémica</b>	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños en riesgo de tratamiento residencial de salud mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de neurología</b>	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, enfermedades o dolencias del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de transporte no urgente</b>	Transporte de ida y vuelta a todas sus citas médicas. Puede ser en autobús, en una furgoneta que pueda transportar a personas con discapacidad, en un taxi o en otro tipo de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para los miembros que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viajes fuera del estado</li> <li>• Traslados entre hospitales o centros</li> <li>• Acompañamiento cuando sea médicamente necesario</li> </ul>	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de enfermería</b>	Los cuidados médicos o de enfermería que reciba mientras viva a tiempo completo en un centro de cuidados. Puede tratarse de una estancia de rehabilitación de corta o larga duración.	Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de cuidado según sea médicamente necesario	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	La terapia ocupacional incluye tratamientos que le ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar objetos en la casa.	Cubrimos a los niños de 0 a 20 años y a los adultos por debajo del límite de \$1.500 en servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación inicial por año</li> <li>• Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>• Una evaluación inicial de la silla de ruedas cada 5 años</li> </ul> Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una en la entrega y otra 6 meses después</li> </ul>	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de cirugía oral</b>	Servicios que proporcionan extracciones dentales (extirpaciones) y para tratar otras condiciones, enfermedades o dolencias bucales y la cavidad oral.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de ortopedia</b>	Servicios para diagnosticar o tratar condiciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b>	La atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero sin pasar la noche. Esto puede incluir todas las pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, citas médicos y equipos que se utilizan para tratarle.	Los servicios de emergencia y de no emergencia están cubiertos si son médicamente necesarios	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de control del dolor</b>	Tratamientos para el dolor de larga duración que no mejora tras la prestación de otros servicios.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario. Pueden aplicar algunos límites del servicio.	Se requiere autorización previa.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de hospitalización parcial</b>	Servicios para personas que salen de un hospital para recibir tratamiento de salud mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de fisioterapia</b>	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o por una condición médica.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación inicial al año</li> <li>• Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>• Una evaluación inicial de la silla de ruedas cada 5 años</li> <li>• Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una en la entrega y otra 6 meses después</li> </ul>	Se requiere autorización previa.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de podología</b>	nción médica y otros tratamientos para los pies.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 24 visitas al consultorio por año</li> <li>• Cuidado de pies y uñas</li> <li>• Radiografías y otras imágenes para el pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna</li> <li>• Cirugía del pie, tobillo o pantorrilla</li> </ul>	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de medicamentos prescritos</b>	e servicio se refiere a los medicamentos que un médico u otro profesional de la salud le ha prescrito.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta un suministro de 34 días de medicamentos, por prescripción</li> <li>• Reposición según lo prescrito</li> </ul>	Se requiere autorización previa para medicamentos específicos.
<b>Servicios de enfermería privada</b>	vicios de enfermería proporcionados en el domicilio a los miembros de 0 a 20 años que necesitan cuidados constantes.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 24 horas por día.</li> </ul>	Se requiere autorización previa.



Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<p><b>Programa de Atención Integral a la Infancia (PACC)</b></p>	<p>vicios de apoyo a los cuidados paliativos pediátricos para un número determinado de niños a los que se les ha diagnosticado una enfermedad potencialmente mortal y que han sido remitidos a los servicios del PACC por su proveedor de atención primaria o su médico especialista.</p> <p>Los servicios del PACC están disponibles actualmente en la mayoría de los condados de Florida. Comuníquese con los Servicios al Miembro para saber si los servicios están disponibles en su condado.</p>	<p>La participación en el PACC es voluntaria. Los niños que reciben servicios del PACC pueden optar por inscribirse en otro plan del MMA; sin embargo, si lo hacen, renunciarán a los servicios del PACC. Los servicios del PACC incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría de apoyo;</li> <li>• Terapias expresivas;</li> <li>• Apoyo a la respiración;</li> <li>• Servicios de enfermería para enfermos terminales;</li> <li>• Cuidados personales;</li> <li>• Gestión del dolor y de los síntomas;</li> <li>• Servicios de duelo; y</li> <li>• Servicios de voluntariado.</li> </ul> <p>Para participar en el PACC, el miembro debe recibir al menos dos (2) servicios del PACC diferentes durante cada período de tres (3) meses.</p>	<p>Deben remitirse para los servicios PACC por el proveedor de atención primaria del niño o por un médico especializado, tal como se especifica en la Sección 409.912(11), F.S. Los miembros que reciben el PACC deben ser reautorizados anualmente como médicamente elegibles para el PACC.</p>

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios hospitalarios de especialidades psiquiátricas</b>	Servicios de salud mental de emergencia que se proporcionan en un centro que no es un hospital regular.	Todas las edades.  Hasta un total de 15 días al mes (instalaciones del IMD)	No se requiere autorización previa para los tres primeros días de ingreso involuntario en un centro de salud mental. Después de los tres primeros días, se requiere autorización previa. Se requiere autorización previa para los ingresos voluntarios.
<b>Servicios de pruebas psicológicas</b>	Pruebas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, coeficiente intelectual u otras áreas.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 horas de pruebas psicológicas por año</li> </ul>	Se requiere autorización previa una vez que el miembro exceda los límites/unidades del plan, excepto para el H2019.
<b>Servicios de rehabilitación psicosocial</b>	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen la ayuda en actividades básicas como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 480 horas por año</li> </ul>	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de radiología y medicina nuclear</b>	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o TAC. También incluyen radiografías portátiles.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios del Centro Regional de Cuidados Intensivos Perinatales</b>	Servicios que se prestan a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos en los hospitales que cuentan con centros de atención especial para tratar condiciones graves.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	No
<b>Servicios de reproducción</b>	Servicios para mujeres que están embarazadas o quieren quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan fármacos anticonceptivos y suministros para ayudarlo a planificar el tamaño de su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que formar parte de nuestro Plan. No necesita aprobación previa para obtener estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Es su decisión y confidencial, incluso si es menor de 18 años.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios respiratorios</b>	Servicios que tratan condiciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del sistema respiratorio.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas respiratorias.</li> <li>• Procedimientos quirúrgicos respiratorios</li> <li>• Administración de dispositivos respiratorios</li> </ul>	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de terapia respiratoria</b>	Servicios para los miembros de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento para una condición, enfermedad o dolencia respiratoria.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación inicial por año</li> <li>• Una reevaluación terapéutica cada 6 meses</li> <li>• Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (un máximo de 60 minutos al día)</li> </ul>	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.
<b>Servicios de autoayuda/ pareja</b>	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
<b>Servicios terapéuticos especializados</b>	Servicios proporcionados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones</li> <li>• Servicios de acogida</li> <li>• Servicios de hogar grupal</li> </ul>	Se requiere autorización previa.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de patología del habla y el lenguaje</b>	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarle a hablar o tragar mejor.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos y servicios de comunicación</li> <li>• Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>• Una evaluación inicial por año</li> </ul>	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de programas psiquiátricos para pacientes internos en todo el estado</b>	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario para niños de 0 a 20 años.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios del Programa intensivo para pacientes externos por abuso de sustancias</b>	Tratamiento de abuso de sustancias de los servicios de desintoxicación proporcionados en un entorno ambulatorio.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios del Programa de hospitalización parcial por abuso de sustancias</b>	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de por el abuso de sustancias.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Servicios de tratamiento residencial a corto plazo por abuso de sustancias</b>	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por consumo de sustancias	Lo cubrimos según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios terapéuticos mentales in situ</b>	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que los niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud mental sean ingresados en un hospital u otro centro.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario: Hasta 9 horas al mes.	No
<b>Servicios de trasplante</b>	Servicios que incluyen toda la cirugía y los cuidados pre y postoperatorios.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de ayuda visual</b>	Las ayudas visuales son artículos como lentes, lentes de contacto y prótesis (ojos falsos).	Cubrimos los siguientes servicios según sean médicamente necesarios cuando su médico los prescribe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos pares de lentes para niños de 0 a 20 años.</li> <li>• Lentes de contacto.</li> <li>• Prótesis oculares.</li> </ul>	Se requiere autorización previa únicamente para lentes y lentes de contacto.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Servicios de atención visual</b>	Servicios que examinan y tratan condiciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	Lo cubrimos según sea médicamente necesario.	Se requiere autorización previa dependiendo del servicio proporcionado.

**Beneficios de su plan: Beneficios ampliados**

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos de forma gratuita. Llame a Servicios al Miembro para informarse sobre los beneficios ampliados.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Equipo biométrico</b>	Manguito digital de presión arterial y balanza de peso	Un (1) tensiómetro digital cada tres (3) años; una (1) báscula cada tres (3) años	No
<b>Servicios de salud mental para cuidadores que no pertenezca a Medicaid</b>	Este beneficio cubre la asesoría a los cuidadores de los miembros que no pertenecen a Medicare, ya sea individual o grupalmente, con el fin de ayudarlos a resolver cualquier necesidad que puedan tener (por ejemplo, agotamiento, depresión, niveles elevados de estrés) y ayudarles a seguir cuidando de los miembros.	Debe ser un cuidador de un miembro que no pertenezca a Medicaid	No
<b>Limpieza de alfombras</b>	Evitar la acumulación de alérgenos en las alfombras de casa es una medida vital para ayudar a aliviar los síntomas. Proporcionar servicio de limpieza de alfombras a los miembros con asma que cumplan con los requisitos. Beneficio permitido por hogar y en función del diagnóstico.	Para los miembros calificados con asma 2 limpiezas de alfombras por año	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.



Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Programa de celulares</b>	Disponer de un teléfono inteligente es una forma asequible y cómoda de tener acceso seguro y fiable a servicios telefónicos y de Internet. Los miembros recibirán un teléfono celular gratuito a través de Safelink/TracFone. El teléfono incluye 350 minutos para hablar y texto ilimitado.	El teléfono incluye 350 minutos mensuales para hablar y mensajes de texto ilimitados.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Análisis cognitivo-conductual computarizado para cuidadores que no reciban Medicaid</b>	Incluyendo, entre otras, lo siguiente: entrevista clínica orientada a la salud, observaciones conductuales, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud, entrevistas de salud y conductuales (individuales, grupales, familiares, con o sin el paciente).	Debe ser un cuidador de un miembro que no sea de Medicaid; ilimitado con autorización previa	Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de doula</b>	Servicios de doula para las miembros con el objetivo de mejorar los resultados del parto, reducir los partos prematuros y mejorar la atención prenatal. Se demostró que el uso de una doula durante el embarazo, el parto y el posparto es una práctica eficaz que puede mejorar la experiencia del parto, reducir las complicaciones y mejorar los resultados para las mujeres y los bebés.	Para miembros de 13 a 20 años.	No
<b>Kit de prevención de la gripe y la pandemia</b>	1 Kit de prevención de la gripe; mascarillas de 3 capas - 10 piezas; termómetro digital oral; desinfectante de manos.	Elegible para los primeros 1.000 miembros que hayan recibido la vacuna contra la gripe	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Previa autorización
<b>Aspirador con filtro HEPA</b>	Proporcione a los miembros cualificados con asma una aspiradora con filtro HEPA. El uso de filtros HEPA puede atrapar estos contaminantes y puede ayudar a aliviar las alergias. HEPA son las siglas de partículas de aire de alta eficiencia.	Para miembros cualificados con asma Límite de 1 por vida	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.
<b>Comidas a domicilio (general)</b>	Los miembros pueden ser elegidos para recibir 10 comidas de apoyo nutricional.	10 comida por solicitud aprobada.	Se requiere autorización previa.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Comidas a domicilio - Preparación y ayuda en caso de catástrofe</b>	El acceso a alimentos sanos durante una emergencia, como una catástrofe natural, puede ser difícil. Un (1) kit de comida de emergencia al año.	1 kit por miembro anualmente.	Se requiere autorización previa.
<b>Comidas a domicilio - Después del alta del centro (hospital o centro de enfermería)</b>	El acceso a alimentos sanos durante una emergencia, como la relacionada con la salud, puede resultar difícil. Los miembros dados de alta en un plazo de dos semanas de un centro de hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o de rehabilitación para pacientes hospitalizados) pueden optar a recibir 10 comidas por solicitud autorizada.	10 comida por solicitud aprobada.	Se requiere autorización previa.
<b>Asistencia en la vivienda</b>	Los miembros pueden recibir hasta \$250 al año en concepto de ayuda a la vivienda y un límite de \$75 al trimestre para comprar alimentos saludables.	\$250 al año más \$75 al trimestre para artículos de salud.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.
<b>Ropa de cama hipoalérgica</b>	Los miembros con asma pueden recibir una ayuda para comprar ropa de cama hipoalérgica	Para los miembros cualificados con asma	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.
<b>Sesiones de terapia individual para cuidadores</b>	Proporcionar sesiones de terapia individual para abordar las necesidades de salud mental de los cuidadores de los miembros.	Para los cuidadores de un miembro; visitas ilimitadas con autorización previa.	No

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Tutela legal</b>	La tutela legal puede ayudar a proteger a un individuo que ya no es capaz de tomar decisiones por sí mismo que son en el mejor interés de su salud y bienestar. Esto está disponible para los miembros que están en un SNF o PDN y el padre está obteniendo la tutela para proteger a las personas que son incapaces de cuidar de su propio bienestar.	Para los miembros de 17 a 18,5 años. Máximo de quinientos dólares (\$500) por miembro elegible de por vida.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.
<b>Comidas - Transporte diurno no urgente</b>	Para apoyar a los miembros de todas las edades que necesitan viajar largas distancias para citas médicas, estipendio para comidas (disponible para viajes de un día para citas médicas de larga distancia).	Hasta veinte dólares (\$20) por comida hasta 3 comidas al día, hasta doscientos dólares (\$200,00) al día hasta mil dólares (\$1.000,00) al año para viajes superiores a ciento sesenta (160) kilómetros.	Se requiere autorización previa.
<b>Circuncisión del recién nacido</b>	La circuncisión masculina es un procedimiento común que suele realizarse en el primer mes después del nacimiento. Proporcionar cobertura de circuncisión a los niños con límites prescritos.	Para miembros de 0 a 28 días de edad. Límite de 1 por vida.	No
<b>Transporte no médico</b>	Proporcionar servicios de transporte para las citas no médicas. Limitado a viajes dentro del condado/área local del miembro.	No para miembros que se encuentren en una SNF/en una residencia de ancianos; hasta 2 viajes al mes.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Asesoría nutricional</b>	Una dieta sana puede favorecer la pérdida de peso, reducir la presión arterial y el colesterol, y tiene beneficios adicionales para la salud, como reducir la depresión y mejorar el sueño. Evaluación, atención práctica, educación y orientación a cuidadores y miembros sobre nutrición.	Ninguna	No
<b>Sin prescripción (OTC)</b>	Cobertura para resfriados, tos, alergias, vitaminas, suplementos, preparados oftálmicos/óticos, analgésicos, productos gastrointestinales, cuidados de primeros auxilios, productos de higiene, repelentes de insectos, productos de higiene bucal y cuidado de la piel.	Los límites mensuales por hogar no se trasladan de un mes a otro. Limitado a los artículos que aparecen en el catálogo OTC.  Todas las edades.  Hasta \$25 por hogar y mes.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Clases de natación (prevención del ahogo)</b>	Los menores de 21 años pueden recibir sesiones de natación en grupo que incluyen hasta 8 lecciones de un YMCA local.	Una sesión grupal, hasta 8 lecciones de YMCA local. En las zonas donde no exista una YMCA, los miembros pueden recurrir a un proveedor de natación local.	No
<b>Transición de los servicios de los programas psiquiátricos para pacientes internos en un centro de enfermería especializada/ del estado al entorno del hogar privado</b>	Este beneficio proporciona hasta \$2.500, de por vida, para el entorno doméstico privado del niño si este se encuentra en un centro de enfermería especializada o en un programa psiquiátrico de hospitalización estatal y en transición a un entorno doméstico privado dentro de la comunidad.	Hasta \$2.500 por miembro de por vida. El beneficio está disponible hasta 90 días después de la transición.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.

**Los beneficios de su plan: programas especiales**

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/ Limitaciones</b>	<b>Previa autorización</b>
<b>Dispositivos de adaptación</b>	Recibir artículos para ayudar a los miembros a moverse por el hogar.	1 artículo por plan por año.	No
<b>Asesoría sobre beneficios</b>	Recibir servicios de asesoría sobre prestaciones.	Tres (3) sesiones por plan por año.	No
<b>Línea de ayuda de Community Connections</b>	Línea de ayuda GRATUITA de Community Connections para comunicarlo con servicios de la comunidad, como ayudas para los servicios públicos, bancos de alimentos y transporte en su comunidad.	Ninguna.	No
<b>Educación/apoyo para el bienestar</b>	Ayudar a los miembros a acceder a la educación/apoyos para el bienestar en su comunidad.	Hasta \$200 por miembro por año.	No
<b>Asesoría financiera</b>	Recibir servicios de asesoría financiera.	Seis (6) sesiones por plan por año.	No
<b>Asesores de salud/bienestar</b>	Acceso a un asesor de salud/bienestar para recibir educación y orientación para que los cuidadores y los miembros tomen decisiones saludables.	Ninguna	No
<b>Programa de comportamiento saludable</b>	Los miembros reciben recompensas por completar hitos específicos de salud preventiva, bienestar y compromiso.	Ninguna. Puede encontrar información adicional en la página 36-37.	No
<b>Control de plagas</b>	Recibir servicios de control de plagas.	Hasta \$500 anuales por casa del miembro.	Se requiere autorización previa.



Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Previa autorización
<b>Cuidado de relevo</b>	Proporciona a los cuidadores un descanso temporal de los cuidados.	200 horas de relevo en el hogar, 10 días de relevo fuera del hogar. No debe recibir servicios de relevo a través de la exención por discapacidad del modelo o del desarrollo.	No
<b>Steps2Success</b>	Becas de lectura: becas de lectura GRATUITAS para los miembros calificados que están en Pre-Kindergarten hasta el 12º grado que quieren mejorar sus habilidades de lectura. General Educational Development® (GED®) (Examen de Desarrollo Educativo General): puede presentar el examen GED® GRATIS si tiene 16 años o más y no tienes su diploma de secundaria.	Beca de lectura: los cupos son limitados. Diploma General de Educación (GED): 1 cupón al año por miembro (cubre 4 exámenes).	No
<b>Servicios de tutoría</b>	Recibir 12 sesiones de tutoría para ayudar a eliminar las barreras educativas.	Hasta 2 horas de tutoría por sesión; máximo de 12 sesiones de tutoría al año.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar la elegibilidad.

## Sección 13: Satisfacción del miembro

### Reclamos, quejas y apelaciones al plan

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

	<b>Qué puede hacer:</b>	<b>Qué haremos nosotros:</b>
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar un <b>Reclamo</b>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llámenos en cualquier momento. 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770)</li> </ul>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentaremos resolver su problema en un día laborable.</li> </ul>
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una <b>Queja</b>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribanos o llámenos en cualquier momento al 1-866-799-5321 (teléfono) o teléfono de texto al 1-800-955-8770.</li> <li>• Llámenos para pedir más tiempo para resolver su queja si cree que más tiempo le ayudará.</li> </ul> <p>Usted puede contactarnos en                      Sunshine Health                      P.O. Box 459087                      Fort Lauderdale, FL                      33345-9087                      Fax: 1-866-534-5972                      Sunshine_Appeals@centene.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar su queja y enviarle una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días, a menos que sea clínicamente urgente.</li> <li>• Si necesitamos más tiempo para resolver su queja:</li> <li>• Le enviaremos una carta con nuestros motivos y le informaremos de sus derechos si no está de acuerdo.</li> </ul>

	<b>Qué puede hacer:</b>	<b>Qué haremos nosotros:</b>
<p>Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una <b>Apelación</b></p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribanos, o llámenos y dele seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días a partir de nuestra decisión sobre sus servicios.</li> <li>• Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días siguientes a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas normas.</li> </ul> <p>Contáctenos en:            Sunshine Health            P.O. Box 459087            Fort Lauderdale, FL            33345-9087            1-866-799-5321            Fax: 1-866-534-5972            Sunshine_Appeals            @centene.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviarle una carta en un plazo de 5 días hábiles para comunicarle que hemos recibido su apelación.</li> <li>• Ayudarle a rellenar los formularios.</li> <li>• Revisar su apelación y enviarle una carta en un plazo de 30 días para responderle.</li> </ul> <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su apelación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le enviaremos una carta con nuestros motivos y le informaremos de sus derechos si no está de acuerdo</li> </ul>

	<b>Qué puede hacer:</b>	<b>Qué haremos nosotros:</b>
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una <b>apelación expedita</b> o <b>“rápida”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribanos o llámenos dentro de los 60 días siguientes a nuestra decisión sobre sus servicios.</li> </ul> <p>Usted puede contactarnos en:                      Sunshine Health                      P.O. Box 459087                      Fort Lauderdale, FL                      33345-9087                      1-866-799-5321</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le daremos una respuesta en un plazo de 48 horas después de recibir su solicitud.</li> <li>• Llamarle el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida y enviarle una carta en un plazo de 2 días.</li> </ul>
Si no está de acuerdo con la decisión de nuestra apelación, puede solicitar una <b>audiencia</b> justa de Medicaid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escriba a la Oficina de Audiencias Justas de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud.</li> <li>• Pida una copia de su expediente médico.</li> <li>• Pida que sus servicios continúen dentro de los 10 días siguientes a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas normas.</li> </ul> <p><i>**Debe terminar el proceso de apelación antes de poder tener una Audiencia justa de Medicaid.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionarle transporte a la audiencia justa de Medicaid, si es necesario.</li> <li>• Reanudar sus servicios si el estado está de acuerdo con usted.</li> <li>• A petición suya, proporcionarle gratuitamente una copia de su expediente de apelación en cualquier momento durante o después de la finalización de la revisión de la apelación.</li> <li>• Si ha continuado con sus servicios, podemos pedirle que los pague si la decisión final no es a su favor.</li> </ul>

**Apelación rápida del plan**

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

**Audiencias justas de Medicaid (para miembros de Medicaid)**

Puede solicitar una audiencia justa en cualquier momento hasta 120 días después de recibir la notificación de resolución de la apelación del plan, llamando o escribiendo a:



Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud  
Unidad de Audiencia Justa de Medicaid  
P.O. Box 7237  
Tallahassee, FL 32314-7237



Teléfono: 1-877-254-1055 (línea gratuita)  
Fax: 1-239-338-2642

[MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com](mailto:MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com)

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

- El nombre de su hijo
- El número de miembro de su hijo
- El número de identificación de Medicaid de su hijo
- Un número de teléfono en el que se le pueda localizar a usted o al representante de su hijo

También puede incluir la siguiente información, si la tiene:

- Por qué cree que debería cambiarse la decisión
- El servicio o servicios que cree que su hijo necesita
- Cualquier información médica que sustente la solicitud
- A quién le gustaría ayudar con su audiencia justa

Después de recibir su solicitud de audiencia justa, la Agencia le comunicará por escrito que ha recibido su solicitud de audiencia justa. Un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión que hemos tomado.

### **Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid**

Si usted está recibiendo un servicio que va a reducirse, suspenderse o terminarse, usted tiene el derecho de seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome una decisión final para su **apelación al Plan o audiencia justa de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá ningún cambio en los mismos 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 pedir a su familia o representante legal que pague los servicios.

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

- 10 días después de recibir un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NABD) o
- El primer día o antes de que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen.

### **Sección 14: Sus derechos como miembro**

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

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Que se considere y respete siempre su dignidad y privacidad
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién le proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si usted no habla inglés
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y discutir abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamiento y las alternativas, los riesgos y cómo le ayudarán estos tratamientos
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención médica, incluido el derecho a decir que no a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Que se le informe cuánto puede costarle un servicio antes de recibirlo

- Obtener una copia de la factura y que le expliquen los cargos
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidad, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que vaya a empeorar si no recibe tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para una investigación experimental y tener derecho a participar o no en dicha investigación
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con el suyo (segunda opinión médica)
- Obtener una copia de su historial médico y pedir que se añada o corrija información en su historial, si es necesario
- Hacer que su historial médico sea privado y que solo se comparta cuando lo exija la ley o con su aprobación
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismos (lineamiento avanzado)
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una decisión del Plan sobre sus servicios
- Apelar una decisión del Plan sobre sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no forme parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrarle un proveedor que forme parte de nuestro Plan
- Hablar libremente de su atención médica y de sus preocupaciones sin que ello suponga un mal resultado
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o sus proveedores de la red le traten mal
- Recibir atención sin temor a que se utilice cualquier forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicitar y recibir una copia de su historial médico y pedir que se modifique o corrija

## **Sección 15: Sus responsabilidades como miembro**

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, también tiene ciertas responsabilidades, entre ellas:

- Dar información precisa sobre su salud a su Plan y a sus proveedores
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su condición de salud
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que entiende el curso de acción y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones médicas y hacer preguntas
- Asistir a sus citas y notificar a su proveedor si no puede asistir a ellas
- Responsabilizarse de sus actos si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico
- Asegurarse de pagar los servicios que reciba que no estén cubiertos
- Seguir las normas de conducta del centro médico
- Tratar con respeto al personal médico y al administrador del caso
- Informar si tiene problemas con el personal médico
- Utilizar la sala de urgencias solo para emergencias reales
- Notificar a su administrador de cuidados si hubo un cambio de información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este si es necesario para su seguridad
- Denunciar el fraude, el abuso y los pagos excesivos



## **Sección 16: Otra información importante**

### **Protección de los proveedores de atención médica para indios (IHCP)**

Los indios están exentos de toda participación en los gastos por los servicios prestados o recibidos por un IHCP o remitidos en el marco de los servicios médicos contratados.

### **Plan de emergencia en caso de desastre**

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse a sí mismo y a su familia es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre:

- 1) Estar informado;
- 2) hacer un plan; y
- 3) obtener un kit.

Para obtener ayuda con su plan de emergencia para catástrofes, llame a Servicios al Miembro o a su administrador de cuidados. La División de Gestión de Emergencias de Florida también puede ayudarle con su plan. Puede llamar al **1-850-413-9969** o visitar su sitio web en **[www.floridadisaster.org](http://www.floridadisaster.org)**.

### **Consejos para prevenir el fraude y el abuso de Medicaid:**

- NO comparta información personal, incluyendo su número de Medicaid, con nadie que no sea su proveedor de confianza.
- Tenga cuidado con cualquiera que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas a domicilio o las llamadas que no haya solicitado.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en textos o correos electrónicos que no haya solicitado, o en plataformas de redes sociales.

### **Fraude/Abuso/Pago en exceso en el programa de Medicaid**

Para reportar sospechas de fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame a la línea directa de quejas del consumidor al **1-888-419-3456** o complete un Formulario de denuncia de fraude y abuso de Medicaid, que está disponible en línea en: <https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>

También puede informarnos directamente sobre el fraude y el abuso llamando a la línea directa anónima y confidencial de Sunshine Health al 1-866-685-8664, o comunicándose con el responsable de cumplimiento al 1-866-796-0530. También puede enviar un correo electrónico a [Compliancefl@centene.com](mailto:Compliancefl@centene.com)

### **Abuso/Negligencia/Explotación de personas**

Nunca deberían tratarlo mal. Nunca está bien que alguien le pegue o lo haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o con su administrador de cuidados sobre sus sentimientos.

Si cree que lo están maltratando o descuidando, puede llamar a la línea de atención al maltrato al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o al teléfono de texto al 1- 800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe de otra persona que está siendo maltratada.

La violencia doméstica también es maltrato. Aquí tienes algunos consejos de seguridad:

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la Línea Nacional de Violencia Doméstica al número gratuito 1-800-799-7233 (teléfono de texto 1-800-787-3224).

### **Lineamientos anticipados**

Un **lineamiento anticipado** es una declaración escrita o hablada sobre cómo quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.

Algunas personas preparan sus lineamientos anticipados cuando están muy enfermas o al final de sus vidas. Otras personas preparan sus lineamientos anticipados cuando están sanas. Usted puede cambiar de opinión, así como estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y entender estos documentos. No cambian su derecho a los beneficios médicos de calidad. El único propósito es hacer saber a otros lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

1. Un testamento en vida
2. Designación de sustituto para la atención médica
3. Donación anatómica (de órganos o tejidos)

Puede descargar un formulario de lineamientos anticipados en esta página web:

<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>.

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de cuidados, sepa que usted tiene lineamientos anticipados y dónde se encuentran.

Si hay algún cambio en la ley sobre los lineamientos anticipados, se lo haremos saber en un plazo de 90 días. Usted no necesita un lineamiento anticipado si no quiere tenerlo.

Si su proveedor no cumple con su lineamiento anticipado, puede presentar una queja ante los Servicios al Miembro llamando al **1-866-799-5321** o ante la Agencia llamando al **1-888-419-3456**.

### **Cómo obtener más información**

Tiene derecho a pedir información. Llame a Servicios al Miembro o hable con su administrador de cuidados para saber qué tipo de información puede recibir de forma gratuita. Algunos ejemplos son:

- Su ficha de miembro
- Una descripción de nuestro funcionamiento
- Aviso de prácticas de privacidad
- Su manual del miembro
- Su directorio de proveedores
- Información sobre nuestros proveedores, servicios y sus derechos y responsabilidades
- Cómo se evalúa la nueva tecnología para incluirla como beneficio cubierto
- Intérpretes calificados en lengua de señas
- Información en otros formatos (línea de asistencia lingüística, letra grande, audio, braille, formatos electrónicos accesibles)

### **Aplicación móvil**

Los miembros del plan pueden descargar nuestra aplicación móvil gratuita, CMS Health Plan. Incluye muchos recursos útiles y educativos, entre ellos:

- Nuestro directorio de proveedores en línea y la herramienta “Buscar un proveedor” para localizar médicos, hospitales, centros y más dentro de la red
- Recordatorios del plan para concertar citas para revisiones y otros servicios médicos que ayudarán a su hijo a mantenerse sano
- La tarjeta de identificación de miembro en línea de su hijo para que la tenga siempre a mano para las citas médicas
- Acceso a nuestra Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas del día con un solo toque en nuestra aplicación móvil
- Acerca de nosotros/Información de contacto

Puede utilizar nuestra aplicación móvil en cualquier momento y lugar. Está disponible para smartphones y tabletas Apple y Android. Hable con el administrador de cuidados de su hijo para que le ayude a descargarla y utilizarla.

### **Evaluación de nueva tecnología**

Cada año estudiamos nuevas tecnologías. Además, estudiamos las formas de utilizar la tecnología que tenemos ahora y lo hacemos por varias razones. Son para:

- Asegurarnos de que estamos al tanto de los cambios en el sector
- Ver cómo se pueden utilizar las nuevas mejoras con los servicios que ofrecemos a nuestros miembros
- Asegurarnos de que nuestros miembros tienen un acceso justo a una atención segura y eficaz

Realizamos esta revisión en las siguientes áreas:

- Procedimientos de salud mental
- Dispositivos médicos
- Procedimientos médicos
- Productos farmacéuticos

### **Conectando su atención médica: nuevo acceso a su historial médico digital**

La norma federal de interoperabilidad y acceso de los pacientes (CMS 9115 F) facilita la obtención de sus historiales médicos a los miembros. Ahora tiene acceso completo a los historiales médicos de su hijo(a) en su dispositivo móvil. Eso le ayuda a gestionar la salud de su hijo(a) y a obtener servicios.

Imagine:

- Su hijo(a) va a un nuevo médico, porque no se siente bien. El nuevo médico puede consultar el historial médico de su hijo(a) de los últimos cinco años.
- Usted utiliza una lista actualizada de proveedores para encontrar un médico o especialista.
- Ese médico o especialista puede utilizar el historial médico de su hijo(a) para averiguar qué le ocurre.
- Vaya a su computadora para ver si la solicitud está pagada, negada o en trámite.
- Si lo desea, puede llevarse el historial médico de su hijo(a) cuando cambie de seguro médico.

La norma se aplica a la información de las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016. Facilita la búsqueda de información sobre las solicitudes de reembolso, la cobertura de medicamentos de farmacia, la información médica y los proveedores de su hijo(a). Para obtener más información, visite la cuenta del Portal seguro para miembros de su hijo(a) en [SunshineHealth.com/login](http://SunshineHealth.com/login).

## Sección 17: Recursos adicionales

### Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar “Una mejor atención médica para todos los floridanos”. La Agencia ha creado un sitio web [www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov) en el que puede ver información sobre las agencias de salud a domicilio, los centros de cuidados, los centros de vivienda asistida, los centros de cirugía ambulatoria y los hospitales de Florida. En el sitio web puede encontrar los siguientes tipos de información:

- Información actualizada sobre la licencia
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados sanitarios
- Precios
- Medidas de rendimiento
- Folletos de educación al consumidor
- Testamentos en vida
- Calificaciones de calidad, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros

La Agencia recoge información de todos los Planes sobre diferentes medidas de rendimiento acerca de la calidad de la atención proporcionada por los planes. Estas medidas permiten que el público comprenda la forma en que los Planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver los informes de los Planes, visite

<http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. Puede elegir ver la información por cada Plan o por todos los Planes a la vez.

Para ver los resultados de HEDIS del Plan de Salud Children's Medical Services y comparar el rendimiento de los planes, visite

<http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/Default.aspx> and elija Indicadores de calidad de la atención.

### Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad

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

### **Servicios más allá de la atención médica**

A través de las Community Connections, usted puede conectarse a una amplia gama de servicios que le ayudan a vivir una vida más saludable.

### **Community Connections está aquí para usted**

Todo el mundo merece vivir la mejor vida posible. Sin embargo, muchas cosas pueden afectar la posibilidad de que lo haga. Una llamada telefónica a nuestra línea de ayuda de Community Connections puede comunicarlo con los servicios. Está disponible tanto para los miembros del Plan de Salud de Children's Medical Services como para los que no son miembros. Nuestros entrenadores de compañeros escucharán sus necesidades. Pueden remitirle a más de 1,2 millones de recursos, disponibles en todo el país o en su área local.

### **Llame para obtener la ayuda que necesita. Nuestro número es 1-866-775-2192.**

Los servicios del programa varían en función del momento de su vida y de sus necesidades, pero pueden incluir:

- Asistencia financiera (servicios, renta)
- Asistencia con los medicamentos
- Servicios de vivienda
- Transporte
- Asistencia con la comida
- Guarderías asequibles
- Asistencia con el trabajo/la educación
- Suministros familiares: pañales, fórmula cunas y más

## Sección 18: Formularios

### Formulario de actualización de la información del miembro

Es importante que tengamos los datos de contacto actuales de su hijo; de esa manera podremos comunicarnos con usted cuando sea necesario. Utilice este formulario para actualizar la dirección y el número de teléfono de su hijo. También puede actualizarla en nuestro sitio web. Simplemente vaya a [SunshineHealth.com/CMS](http://SunshineHealth.com/CMS).

Lea el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto, que explica por qué. A continuación, firme la declaración que aparece a continuación y envíela por correo a: **ATT: Plan de Salud Children's Medical Services Health Plan, P.O. Box 459089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089.**

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

País de residencia: \_\_\_\_\_

Permito que el Plan de Salud Children's Medical Services divulgue los registros médicos de mi hijo según sea necesario. He leído la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Comprendo:

- Cómo se puede utilizar esta información
- Cuándo se puede divulgar esta información
- Cómo puedo obtener esta información

\_\_\_\_\_  
Firma (o firma del padre o tutor si el miembro es menor de 21 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha



P.O. Box 459089  
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

## **Autorización para usar y divulgar información médica**

### **Aviso para el miembro:**

- Completar este formulario permitirá al Plan de Salud Children's Medical Services (CMS), operado por Sunshine Health, (i) usar su información médica para un propósito particular o (ii) compartir su información médica con el individuo o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que dar permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con el Plan de Salud CMS no cambiarán si no presenta este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud de revocación por escrito a la dirección que aparece al final de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a los Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- El Plan de Salud CMS no puede prometer que la persona o grupo con el que usted nos permita compartir su información médica no la compartirá con alguien más.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, comuníquese con los Servicios al Miembro a través del teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Rellene todos los datos de este formulario. Cuando haya terminado, envíe el formulario y toda la documentación justificativa por correo a:

### **Plan de Salud CMS**

Atn.: Departamento de Cumplimiento  
P.O. Box 459089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089



**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y RELLENE EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

**1 DATOS DEL MIEMBRO:**

Nombre del miembro (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_ Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

**2 AUTORIZO AL PLAN DE SALUD CMS A UTILIZAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PARA LOS FINES INDICADOS O A COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO INDICADOS A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción a continuación*):**

- permitir que el Plan de Salud CMS me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que el Plan de Salud CMS utilice o comparta mi información médica para \_\_\_\_\_

**3 PERSONA O GRUPO PARA RECIBIR INFORMACIÓN (*añada más personas o grupos en la siguiente página*):**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**4 AUTORIZO AL PLAN DE SALUD CMS A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (*NOTA: seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información médica o seleccione la siguiente declaración para divulgar solo ALGUNA información médica. NO se pueden seleccionar ambas*).**

**Toda la información sobre mi salud, INCLUIDO:**

Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos prescritos; así como datos y registros de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse);

**O**

**Toda mi información médica EXCEPTO (*marque solo las casillas que correspondan*):**

- Información, servicios o pruebas genéticas
- Datos y registros sobre el SIDA o el VIH
- Datos y registros sobre drogas y alcohol
- Datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros sobre medicamentos prescritos
- Otros: \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/EVENTO:**

**5**

\_\_\_\_\_

*Fecha en que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización expira un año después de la fecha de la firma que aparece a continuación.*

-----

**6**

**FIRMA DEL MIEMBRO O DEL REPRESENTANTE LEGAL**

\_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

**SI ES REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el miembro:**

\_\_\_\_\_

*Si usted es el representante legal o personal del miembro, **deberá enviarnos copias de los formularios** pertinentes, como el poder notarial o la orden de tutela.*

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN CUMPLIMENTADO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA A:

Plan de Salud CMS, Atn.: Departamento de Cumplimiento

P.O. Box 459089-Fort Lauderdale, FL 33345- 9089

**PERSONA(S) O GRUPO(S) INDIVIDUAL(ES) ADICIONAL(ES) PARA RECIBIR INFORMACIÓN:**

NOTA: si está dando su consentimiento para divulgar cualquier expediente de trastorno por consumo de sustancias a un receptor que no es ni un tercero pagador ni un proveedor, centro o programa de atención médica donde usted recibe servicios de un proveedor tratante, como una bolsa de seguros médicos o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona con la cual o la entidad en la cual usted recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora o simplemente indicar que sus expedientes de trastorno por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.



Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

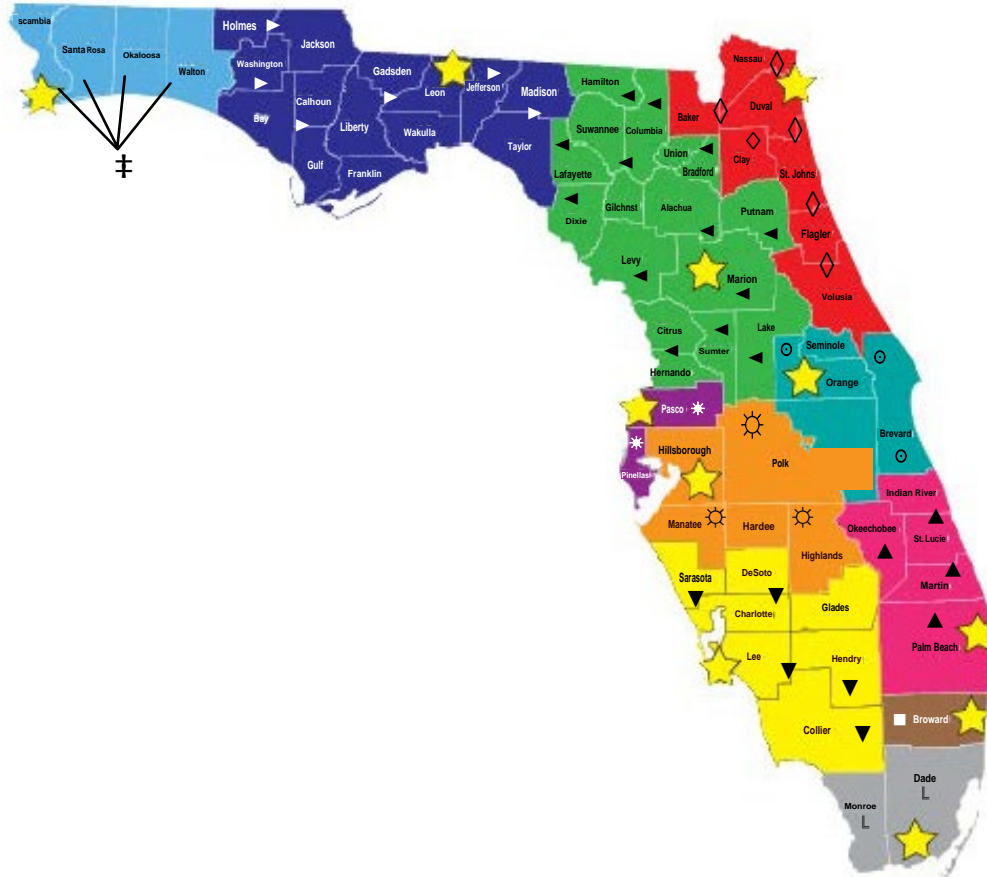
Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Sección 19: Salas de acogida

Los miembros del Plan de Salud Children's Medical Services pueden visitar nuestras Salas de acogida en Florida. Los miembros, cuidadores y familias pueden obtener ayuda y apoyo en nuestras Salas de acogida. También pueden acudir a eventos de salud y educación. Estas son las formas en que puede utilizar nuestras salas de acogida:

- Coméntenos sobre su plan de salud.
- Reúnase con un administrador de atención del Plan de Salud Children's Medical Services sobre su plan de atención.
- Asista a eventos como:
  - Clases de lectura para adultos y niños
  - Baby showers
  - Recursos para necesidades especiales
- Obtenga información sobre cosas como:
  - Transporte
  - Comida
  - Vivienda
  - Ayuda financiera



**REGIÓN 1** 

Pensacola - Condado Escambia  
2620 Creighton Road  
Suite 401  
Pensacola, FL 32504  
1-850-473-2801

**REGIÓN 2** 

Tallahassee - Condado Leon  
2525 S. Monroe St.  
Unit 1  
Tallahassee, FL 32301  
1-850-523-4301

**REGIÓN 3** 

Ocala - Condado Marion  
2724 NE 14th St.  
Ocala, FL 34470  
1-352-840-1102

**REGIÓN 4** 

Jacksonville - Condado Duval  
5115 Normandy Blvd., Unit 1  
Jacksonville, FL 32205  
1-904-348-5267

**REGIÓN 5** 

New Port Richey - Condado Pasco  
5035 US Hwy. 19  
New Port Richey, FL 34652  
1-727- 834-2301

**REGIÓN 6** 

Tampa - Condado Hillsborough  
200 West Waters Ave.  
Tampa, FL 33604  
1-813-470-5651

**REGIÓN 7** 

Orlando - Condado Orange  
6801 - W. Colonial Drive Suite E  
Orlando, FL 32818  
1-407-253-7602

**REGIÓN 8** 

Ft Myers - Condado Lee  
4901 Palm Beach Blvd.  
Suite 80  
Ft Myers, FL 33905  
1-239-690-5722

**REGIÓN 9** 

West Palm Beach - Condado Palm Beach  
4278 Okeechobee Blvd.  
West Palm Beach, FL 33409  
1-561-337-3564

**REGIÓN 10** 

Lauderhill - Condado Broward  
1299C NW 40th Ave. #12C  
Lauderhill, FL 33313  
1-954-400-6451

**REGIÓN 11** 

Palmetto Bay - Condado Dade  
9552 SW 160th St.  
Miami, FL 33157  
1-786-573-7801



El Plan de Salud Children's Medical Services se asoció con Sunshine Health para brindar servicios de atención administrada a nuestros miembros. Sunshine Health es un plan de salud autorizado en Florida.

Children's Medical Services Health Plan provides free aids and services to people with disabilities, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic and formats), and free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

This information is available for free in other languages. Please contact Member Services at 1-866-799-5321, TTY 1-800-955-8770 Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern.

Esta información está disponible en otros idiomas de manera gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 1-866-799-5321, TTY 1-800-955-8770 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. del este.

Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Children's Medical Services Health Plan, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-866-799-5321 (TTY 1-800-955-8770).

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Children's Medical Services Health Plan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-799-5321 (TTY 1-800-955-8770).

## Aviso de no discriminación

El Plan de Salud Children's Medical Services cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo. El Plan de Salud Children's Medical Services no excluye a las personas ni las trata diferentemente por su raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo.

El Plan de Salud Children's Medical Services:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos, otros formatos)
- Brinda servicios de lenguaje gratuitos a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte al Plan de Salud Children's Medical Services a través del 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770). Si usted cree que el Plan de Salud Children's Medical Services no ha proporcionado los servicios o lo ha discriminado de cualquier otra forma en base a su raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:

Unidad de Quejas/Apelaciones, Plan de Salud Children's Medical Services, PO Box 459087, Fort Lauderdale, FL 33345-9087, 1-866-799-5321 (teléfono de texto 1-800-955-8770), Fax 1-866-534-5972. Usted puede presentar una queja en persona, por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Plan de Salud Children's Medical Services está disponible para usted. También puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina para Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono al: Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (teléfono de texto)

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