



Manual del afiliado de Florida Medicaid

Simply Healthcare Plans, Inc.

Managed Medical Assistance: 1-844-406-2396 (TTY 711)
Long-Term Care: 1-877-440-3738 (TTY 711)
www.simplyhealthcareplans.com/medicaid

MANUAL DEL AFILIADO
DE SIMPLY HEALTHCARE PLANS, INC.
FLORIDA MEDICAID



Managed Medical Assistance • 1-844-406-2396 (TTY 711)
Long-Term Care • 1-877-440-3738 (TTY 711)

www.simplyhealthcareplans.com/medicaid

"If you do not speak English, call us at 1-844-406-2396 (TTY 711) for Managed Medical Assistance (MMA) or 1-877-440-3738 (TTY 711) for Long-Term Care (LTC). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language."

Spanish: **Si usted no habla inglés**, llámenos al 1-844-406-2396 (TTY 711) para MMA o al 1-877-440-3738 (TTY 711) para LTC. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 1-844-406-2396 (ATS 711) pour MMA ou 1-877-440-3738 (ATS 711) pour LTC. Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: **Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 1-844-406-2396 (TTY 711) pou MMA oswa 1-877-440-3738 (TTY 711) pou LTC. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Italian: **"Se non parli inglese** chiamaci al 1-844-406-2396 (TTY 711) per MMA o 1-877-440-3738 (TTY 711) per LTC. Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua."

Russian: «**Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 1-844-406-2396 (TTY 711) для MMA или 1-877-440-3738 (TTY 711) для LTC. 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».

Información de contacto importante

Servicios para Afiliados/ 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas)	1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC)	Disponible las 24 horas
Servicios para Afiliados/ 24-hour Nurse HelpLine TTY	711	Disponible las 24 horas
Sitio web	www.simplyhealthcareplans.com/medicaid	
Dirección	Simply Healthcare Plans 9250 W. Flagler St., Suite 600 Miami, FL 33174-9925	

Para obtener transporte a visitas al doctor que no sean de emergencia	Para afiliados de los condados de Broward, Miami-Dade y Monroe: MCT Express 1-844-628-0388 Para afiliados de todos los otros condados: LogistiCare 1-877-931-4753 (TTY 1-866-288-3133)
Para obtener cuidado dental	Comuníquese directamente con su administrador de casos o llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 (TTY 711) para Medicaid o al 1-877-440-3738 (TTY 711) para Long-Term Care para coordinar estos servicios.
Para obtener cuidado de la vista	EyeQuest 1-855-418-1627 https://www.dentaquest.com/vision/members
Para recibir servicios de salud del comportamiento	Beacon Health Options 1-844-375-7215 www.beaconhealthoptions.com
Para obtener ayuda para controlar su afección crónica	Simply administración de enfermedades 1-888-830-4300 (TTY 711); pida hablar con un administrador de casos

¿ Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711).

Para denunciar supuestos casos de maltrato, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) TTY: 711 or 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline
Para elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 TTY: 711 or 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid
Para denunciar fraude y/o maltrato de Medicaid o para presentar un reclamo sobre un centro de cuidado de la salud	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpj-complaintform
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	1-877-254-1055 1-239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar un reclamo sobre servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/complaints_recip.shtml
Para encontrar información para ancianos	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) http://elderaffairs.state.fl.us/doea/arc.php
Para obtener información sobre violencia doméstica	1-800-799-7233 TTY: 1-800-787-3224 http://www.thehotline.org
Para obtener información sobre centros de cuidado de la salud en Florida	http://www.floridahealthfinder.gov/index.html
Para obtener información sobre el cuidado de urgencia	Visite www.simplyhealthcareplans.com/medicaid y utilice nuestra herramienta Find A Doctor (Encontrar un doctor) para encontrar un centro de cuidado de urgencia de la red cerca de usted. Si no está seguro de si necesita cuidado de urgencia, llame a su PCP, que le indicará qué debe hacer. O bien, puede llamar a nuestro personal de enfermería para solicitar asesoramiento en cualquier momento del día o de la noche al 1-844-406-2396.
En caso de emergencia	9-1-1 O acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿ Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711).

Índice

Información de contacto importante	3
Le damos la bienvenida al Statewide Medicaid Managed Care Plan de Simply Healthcare Plans, Inc.	8
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación)	9
Sección 2: Su privacidad	9
Sección 3: Obtener ayuda del Departamento de Servicios para Afiliados	14
Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados	14
Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados fuera del horario de atención	14
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	15
Sección 5: Si su información cambia	15
Sección 6: Su elegibilidad de Medicaid	16
Si pierde su elegibilidad de Medicaid	16
Si tiene Medicare	16
Si está embarazada	16
Sección 7: Inscripción en nuestro plan	17
Inscripción abierta	17
Inscripción en el programa SMMC Long-term Care	17
Sección 8: Dejar nuestro plan (cancelación de inscripción)	18
Quitarlo de nuestro plan (cancelación de inscripción involuntaria)	19
Sección 9: Administración de su cuidado	20
Cambiar de administrador de casos	20
Aspectos importantes que debe mencionar a su administrador de casos	20
Sección 10: Acceso a servicios	21
Proveedores de nuestro plan	21
Proveedores que no son de nuestro plan	21
¿Qué servicios debo pagar?	22
Servicios para niños ³	23
Objeciones por motivos religiosos o morales	23
Sección 11: Información útil sobre sus beneficios	23
Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)	23
Elegir un PCP para su hijo	23
Atención y referidos de especialistas	24

Segundas opiniones	24
Cuidado de urgencia	25
Cuidado hospitalario	25
Cuidado de emergencia	25
Cómo abastecer recetas	26
Servicios de salud del comportamiento	27
Programas de recompensas para afiliados	28
Programas de administración de enfermedades (DM).....	29
Programas de mejora de la calidad	30
Sección 12: Los beneficios de su plan: servicios de asistencia médica administrada.....	37
Los beneficios de su plan: beneficios adicionales.....	55
Sección 13: Información útil sobre el programa Long-term Care.....	65
Servicios iniciales.....	65
Elaborar un plan de cuidado	65
Actualización de su plan de cuidado.....	66
Su plan secundario	66
Sección 14: Los beneficios de su plan: servicios de Long-term Care	67
Los beneficios de su plan: beneficios adicionales de LTC	71
Sección 15: Satisfacción del afiliado.....	72
Reclamos, quejas y apelaciones ante el plan	72
Apelación rápida ante el plan.....	74
Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)	74
Revisión del estado (para afiliados de MediKids)	75
Continuación de beneficios para afiliados de Medicaid	75
Sección 16: Sus derechos como afiliado.....	76
Sección 17: Sus responsabilidades como afiliado	77
Sección 18: Otra información importante	78
Responsabilidad del paciente	78
Plan de emergencia ante desastres.....	78
Fraude, maltrato y pagos en exceso en el programa de Medicaid.....	79
Maltrato, negligencia y explotación de personas	79
Directivas anticipadas	79

Si desea más información.....	80
Sección 19: Recursos adicionales.....	80
Floridahealthfinder.gov	80
Unidad de Vivienda para Ancianos	81
Información sobre MediKids.....	81
Centro de recursos para ancianos y discapacitados.....	81
Programa de apoyo independiente para consumidores.....	81
Aviso de no discriminación.....	84

Le damos la bienvenida al Statewide Medicaid Managed Care Plan de Simply Healthcare Plans, Inc.

Simply Healthcare Plans, Inc. tiene un contrato con la Florida Agency for Health Care Administration (Agencia) para proporcionar servicios de cuidado de la salud a las personas que tienen Medicaid. Este contrato se denomina **Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) Program**. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de cuidado de la salud para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades.

Hay muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir mediante el programa SMMC. Por ejemplo, puede recibir servicios médicos, como visitas al doctor, análisis de laboratorio y cuidado de emergencia, con un plan **Managed Medical Assistance (MMA)**. Si usted es un anciano o un adulto discapacitado, puede recibir servicios de un asilo de ancianos y servicios a domicilio y comunitarios con un plan **Long-Term Care (LTC)**. Si tiene una determinada afección de salud, como SIDA, puede recibir cuidados diseñados para satisfacer sus necesidades con un plan de **especialidad**.

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

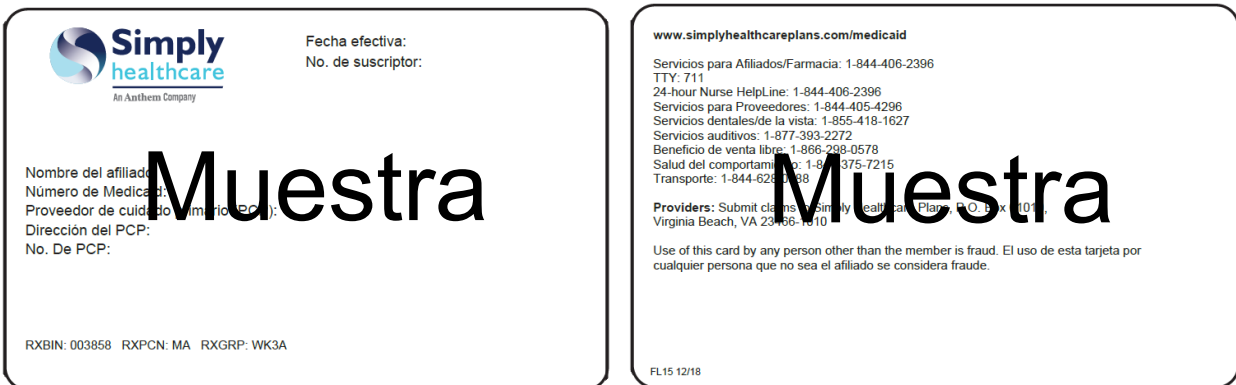
Este manual será su guía para todos los servicios de cuidado de la salud disponibles para usted. Puede hacernos todas las preguntas que tenga u obtener ayuda para concertar citas. Si tiene que comunicarse con nosotros, llámenos al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC).

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

Ya debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo postal. Si no la ha recibido o si la información que contiene no es correcta, llámenos. Todos sus familiares que formen parte de nuestro plan deben tener su propia tarjeta de identificación.

Lleve su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que asista a una cita médica. No le preste su tarjeta de identificación a nadie. Si pierde o le roban la tarjeta, llámenos y le enviaremos una nueva.

Su tarjeta de identificación luce de la siguiente manera:



Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos en cuanto a la protección de su información de salud, ya sea su nombre, número de identificación del plan, raza, etnia y otras características que lo identifican. No compartiremos su información de salud si la ley no lo permite.

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

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha efectiva original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de esta notificación.

Lea con atención esta notificación. Esta le informa quién puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener seguro este tipo de información, llamada PHI, para nuestros afiliados. Esto significa que si es un afiliado en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aceptar y pagar por su cuidado de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
 - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:
 - Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite www.simplyhealthcareplans.com/medicaid/pages/privacy.aspx para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario

- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos — o la ley dice que tenemos que — usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación de trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.

- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en esta notificación.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a algunas otras direcciones o enviarla en una forma diferente del correo regular si lo pide por razones que tienen sentido, tal como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Nos comunicaremos con usted

Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto usando un sistema automático de marcación telefónica y/o una voz artificial. Lo hacemos siguiendo los lineamientos de la Ley estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas pueden ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de No llamar.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios para Afiliados al **1-844-406-2396** para Managed Medical Assistance o **1-877-440-3738** para Long-Term Care. Si es sordo o tiene problemas auditivos, llame al **TTY 711**.

¿Qué pasa si tiene un reclamo?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Afiliados o contactarse con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted reclama.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth St. SW
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-404-562-7881

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicaremos en el sitio web en www.simplyhealthcareplans.com/medicaid/pages/privacy.aspx.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia de Medicaid del estado. Protegemos esta información según lo descrito en esta notificación.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar resultados de salud
- Crear y enviar información de educación sobre la salud
- Informar a los doctores acerca de sus necesidades de idioma
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Compartir con usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Doctores
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro

- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 (TTY 711) para Managed Medical Assistance o 1-877-440-3738 (TTY 711) para Long-Term Care de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Revisada el 1 de marzo de 2018

Sección 3: Obtener ayuda del Departamento de Servicios para Afiliados

Nuestro Departamento de Servicios para Afiliados puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP), a saber si un servicio está cubierto o no, a obtener referidos, a encontrar un proveedor, a reemplazar una tarjeta de identificación perdida y a informar el nacimiento de un bebé; además, le explicaremos cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de sus familiares.

Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados

Puede llamarnos al 1-844-406-2396 para MMA o al 1-877-440-3738 para LTC (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., excepto los feriados aprobados por el estado (por ejemplo, Navidad y el Día de Acción de Gracias). Cuando llame, tenga a mano su tarjeta de identificación para que podamos ayudarlo. (Si pierde o le roban la tarjeta de identificación, llame a Servicios para Afiliados).

Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados fuera del horario de atención

Si nos llama fuera del horario de atención, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a la 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas) al 1-844-406-2396. Nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Contamos con personal que nos ayuda a comunicarnos con usted en su idioma. Proporcionamos este servicio sin cargo.

Para personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene dificultades de audición o comprensión, llámenos para solicitar ayuda adicional. Podemos indicarle si el consultorio de algún proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios como los siguientes:

- Servicio de retransmisión de comunicaciones, que ayuda a las personas que tienen dificultades auditivas o del habla a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporcione nuestro número de Servicios para Afiliados: 1-844-406-2396 para MMA o 1-877-440-3738 para LTC. Ellos lo conectarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille
- Ayuda para programar o acudir a citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios se brindan sin costo adicional.

Sección 5: Si su información cambia

En caso de que modifique su información personal, comuníquese con nosotros lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Afiliados. Debemos poder comunicarnos con usted para hablar sobre sus necesidades de cuidado de la salud.

El Department of Children and Families (DCF) también debe estar al tanto si cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame al DCF a la línea gratuita 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. También puede actualizar su información en línea en su cuenta Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency (ACCESS), en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>.

Sección 6: Su elegibilidad de Medicaid

Para que usted pueda asistir a sus citas médicas y que Simply pague por los servicios, debe contar con cobertura de Medicaid y estar inscrito en nuestro plan. Esto significa tener **elegibilidad de Medicaid**. El DCF es el organismo que decide si alguien reúne los requisitos para obtener Medicaid.

A veces, en la vida de una persona, pueden suceder acontecimientos que afecten su elegibilidad de Medicaid. Es muy importante asegurarse de que cuenta con cobertura de Medicaid antes de asistir a cualquier cita. Tener una tarjeta de identificación del plan no implica que aún tiene cobertura de Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su elegibilidad de Medicaid cambió o si tiene alguna pregunta acerca de su cobertura de Medicaid, llame a Servicios para Afiliados; lo ayudaremos a corroborar la información.

Si pierde su elegibilidad de Medicaid

Si pierde su elegibilidad de Medicaid y la recupera en un plazo de 180 días, lo volverán a inscribir en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene cobertura de Medicare, continúe utilizando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (por ejemplo, cuando vaya al doctor o al hospital), pero también presente su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Si está embarazada

Si tiene un hijo, le proporcionaremos cobertura el día de su nacimiento. Llame a Servicios para Afiliados para informarnos del nacimiento del bebé, y nosotros nos aseguraremos de que tenga cobertura y Medicaid de inmediato.

Resulta útil avisarnos que está embarazada **antes** de que nazca el bebé para que podamos asegurarnos de que tenga Medicaid. Llame a la línea gratuita del DCF al 1-866-762-2237 cuando esté embarazada. Si necesita ayuda para comunicarse con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que el bebé tenga Medicaid desde el día de su nacimiento. Le asignarán al bebé un número de Medicaid. Cuando lo tenga, avísenos cuál es el número de Medicaid del bebé.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan

Al inscribirse en nuestro plan por primera vez, tiene 120 días para probarlo. Si, por algún motivo, no satisface sus necesidades, puede inscribirse en otro plan SMMC en esta región. Una vez que pasen los 120 días, quedará inscripto en nuestro plan por el resto del año. Esto se conoce como estar **fijo** en un plan. Luego de estar en nuestro plan por un año, puede elegir quedarse con nosotros o seleccionar otro plan. Esto sucederá todos los años que tenga Medicaid y esté en el mismo programa SMMC.

Inscripción abierta

La inscripción abierta es un periodo que comienza 60 días antes de que finalice el año en nuestro plan. El agente de inscripción estatal le enviará una carta para avisarle que puede cambiar de plan si lo desea. Esto se denomina periodo de **inscripción abierta**. No es necesario que cambie de plan. Si se va de nuestro plan y se inscribe en uno nuevo, comenzará con el nuevo plan cuando finalice el año en nuestro plan. Una vez que esté inscripto en el nuevo plan, tendrá otros 60 días para decidir si desea quedarse en ese plan o cambiar a otro antes de quedar fijo por el resto del año. Puede llamar al agente de inscripción estatal al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Inscripción en el programa SMMC Long-term Care

El programa SMMC Long-term Care (LTC) proporciona servicios de un centro de enfermería y cuidados comunitarios a ancianos y adultos (mayores de 18 años) discapacitados. Los servicios a domicilio y comunitarios ayudan a las personas a permanecer en su casa con asistencia para bañarse, cambiarse y alimentarse; ayuda con las tareas domésticas y las compras, o supervisión.

Nosotros pagamos por los servicios proporcionados en el centro de enfermería. Si reside en un centro de enfermería de Medicaid de forma permanente, probablemente ya esté inscripto en el programa LTC. Si tiene dudas acerca de si está inscripto en el programa LTC, o si cree que no lo está, llame a Servicios para Afiliados. Podemos ayudarlo.

El programa LTC también brinda asistencia a personas que viven en su casa. Sin embargo, dado que el espacio es limitado para estos servicios a domicilio, antes de que pueda recibirlos, debe hablar con alguien para que le haga preguntas sobre su salud. Esto se llama conoce como examen de detección. Los Centros de recursos para ancianos y discapacitados del Department of Elder Affairs (ADRC) realizan estos exámenes. Una vez que complete el examen, lo colocarán en una lista de espera. Cuando encabece la lista de espera, el programa Comprehensive Assessment and Review for Long-term Care Services (CARES) del Department of Elder Affairs le solicitará más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros requisitos médicos para recibir los servicios del programa LTC. Una vez que esté inscripto en el programa LTC, nos aseguraremos de que continúe satisfaciendo los requerimientos del programa todos los años.

Puede encontrar el número telefónico de su ADRC local con el siguiente mapa. También podrán responder cualquier otra pregunta que tenga sobre el programa LTC.

AREA AGENCIES ON AGING OFFICES

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

PSA 2
Area Agency on Aging for North Florida, Inc.
2414 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308
(850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3
Elder Options
100 SW 75th Street, #301
Gainesville, FL 32607
(352) 378-6649
www.agingresources.org

PSA 4
ElderSource,
The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St Augustine Road
Jacksonville, FL 32257
(904) 391-6600
www.myeldersource.org

PSA 5
Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.
9549 Koger Boulevard,
Gadsden Bldg., Suite 100
St. Petersburg, FL 33702
(727) 570-9696
www.agingcarefl.org

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

PSA 7
Senior Resource Alliance
988 Woodcock Road, Suite 200
Orlando, FL 32803
(407) 514-1800
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8
Area Agency on Aging for Southwest Florida
15201 North Cleveland Avenue
Suite 1100
North Fort Myers, FL 33903
(239) 652-6900
www.aaaswfl.org

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

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

PSA 11
Alliance for Aging, Inc.
760 NW 107th Avenue
Suite 214, 2nd Floor
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
www.allianceforaging.org

PSA - Planning and Service Area

Sección 8: Dejar nuestro plan (cancelación de inscripción)

Dejar un plan se denomina **cancelación de inscripción**. Si desea dejar nuestro plan cuando está fijo, debe llamar al agente de inscripción estatal. Según la ley, las personas no pueden irse o cambiar de plan si están fijas, excepto en ocasiones especiales. El agente de inscripción hablará con usted sobre el motivo por cual desea irse del plan. También le informará si el motivo le permite cambiar de plan.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 18

Puede dejar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también llamados **razones justificadas de cancelación de inscripción**¹):

- Está recibiendo cuidados en este momento de parte de un proveedor que no forma parte de nuestro plan, sino de otro plan
- No cubrimos un servicio por motivos religiosos o morales
- Si es indio estadounidense o nativo de Alaska
- Reside y recibe los servicios de cuidado a largo plazo de una residencia de vida asistida, una residencia de cuidado familiar para adultos o un centro de enfermería que pertenecía a nuestra red, pero que ya no pertenece

También puede irse de nuestro plan por los siguientes motivos si completó nuestro proceso de quejas y apelaciones²:

- Recibió cuidados de escasa calidad, y la Agencia está de acuerdo con su declaración luego de revisar su historia clínica
- No puede recibir los servicios que necesita por medio de nuestro plan, pero sí puede hacerlo por medio de otro plan
- Los servicios se demoraron sin un motivo justificado

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan o no, llame a Servicios para Afiliados o al agente de inscripción estatal al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Quitarlo de nuestro plan (cancelación de inscripción involuntaria)

La Agencia puede quitarlo de nuestro plan (y, a veces, de todo el programa SMMC) por determinados motivos. Esto se denomina **cancelación de inscripción involuntaria**. Estos motivos incluyen los siguientes:

- Pierde su cobertura de Medicaid
- Se muda fuera de nuestra área de servicio o fuera del estado de Florida
- Usa su tarjeta de identificación del plan de manera inadecuada o permite que otra persona la use intencionalmente
- Falsifica recetas
- Usted o sus cuidadores se comportan de modo tal que nos dificulta proporcionarle cuidados

¹ Para ver una lista completa de las razones justificadas de cancelación de inscripción, consulte la norma administrativa de Florida 59G-8.600:

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

² Para conocer cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 13: Satisfacción del afiliado, en la página 72.

- Está inscripto en el programa LTC y vive en una residencia de vida asistida o una residencia de cuidado familiar para adultos que no tiene las mismas comodidades que un hogar y usted no está dispuesto a mudarse a un centro que sí las tiene³

Si la Agencia lo quita de nuestro plan porque infringió la ley o debido a su comportamiento, no podrá volver al programa SMMC.

Sección 9: Administración de su cuidado

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

Si está inscripto en el programa LTC, le asignaremos un administrador de casos. Es obligatorio que tenga un administrador de casos si está inscripto en el programa LTC. El administrador de casos es la persona a quien debe recurrir y que es responsable de **coordinar su cuidado**. Esto significa que lo ayudará a determinar qué servicios de LTC necesita y cómo obtenerlos.

Si tiene algún problema con su cuidado, u ocurre algún cambio en su vida, avísele al administrador de casos para que lo ayude a decidir si debe modificar los servicios que recibe para que se adapten mejor a sus necesidades.

Cambiar de administrador de casos

Si desea elegir otro administrador de casos, llame a Servicios para Afiliados. Puede haber ocasiones en las que debemos cambiar su administrador de casos. Si esto sucede, le enviaremos una carta para avisarle.

Aspectos importantes que debe mencionar a su administrador de casos

Si ocurre algún acontecimiento en su vida o si no está conforme con un servicio o proveedor, avísele a su administrador de casos. Comuníquese con el administrador de casos si sucede lo siguiente:

- No está conforme con un servicio
- Tiene alguna inquietud acerca de un proveedor de servicio
- Los servicios que recibe no son adecuados
- Obtiene un nuevo seguro de salud

³ Esto aplica únicamente a los inscriptos en el programa Long-term Care. Si tiene dudas sobre si su centro cumple con estos requisitos federales, comuníquese con Servicios para Afiliados o con su administrador de casos.

- Acude al hospital o a la sala de emergencias
- Su cuidador ya no puede brindarle asistencia
- Su entorno familiar cambia
- Cambia de nombre, número de teléfono, dirección o condado

Sección 10: Acceso a servicios

Antes de recibir un servicio o asistir a una cita médica, debemos asegurarnos de que usted necesita el servicio y que este sea adecuado desde un punto de vista médico para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Para hacerlo, revisamos su historia clínica y la información proporcionada por su doctor u otros proveedores de cuidado de la salud. Luego decidiremos si dicho servicio será de utilidad. Para tomar estas decisiones, respetamos las normas de la Agencia.

Proveedores de nuestro plan

En la mayoría de los casos, debe atenderse en hospitales y con doctores y otros proveedores que pertenezcan a nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es un grupo de doctores, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores que trabajan con nosotros. Puede elegir a cualquier proveedor de nuestra red. Esto se denomina **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor que no pertenece a nuestra red, es posible que deba pagar por ese servicio o consulta.

En nuestro directorio de proveedores, encontrará una lista de los proveedores que forman parte de nuestra red. Para obtener una copia de este directorio, llame al 1-844-406-2396 para MMA, al 1-877-440-3738 para LTC (TTY 711), o visite nuestro sitio web, www.simplyhealthcareplans.com/medicaid.

Si está inscripto en el programa LTC, su administrador de casos lo ayudará a elegir un proveedor de servicios para cada uno de sus servicios. Una vez que haya elegido un proveedor de servicios, este se contactará con usted para comenzar a proporcionarle los servicios. De esta manera se **aprueban** los servicios en el programa LTC. Su administrador de casos trabajará con usted, sus familiares, cuidadores, doctores y otros proveedores para asegurarse de que los servicios de LTC sean compatibles con su cuidado médico y otros aspectos de su vida.

Proveedores que no son de nuestro plan

Puede recibir algunos servicios de parte de proveedores que no pertenecen a nuestra red de proveedores. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para la mujer, como análisis de las mamas, exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y cuidado prenatal
- Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual
- Cuidado de emergencia

Si no contamos con un proveedor dentro de nuestra red que pueda prestarle estos servicios, lo ayudaremos a encontrar uno que no pertenezca a nuestra red. Recuerde que debe comunicarse con nosotros antes de atenderse con un proveedor que no pertenezca a nuestra red. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

Su plan dental cubrirá la mayor parte de sus servicios dentales, aunque hay algunos de estos servicios que tienen cobertura con su plan médico. La siguiente tabla lo ayudará a determinar qué plan pagará por qué servicio.

Tipo de servicio dental:	Cobertura del plan dental:	Cobertura del plan médico:
Servicios dentales	Con cobertura si consulta a su dentista o higienista dental	Con cobertura si consulta a su doctor o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro de cirugía	Con cobertura para servicios dentales prestados por su dentista	Con cobertura para servicios prestados por doctores, enfermeros, hospitales y centros de cirugía
Visita al hospital por un problema dental	Sin cobertura	Con cobertura
Medicamentos recetados para una consulta o un problema dental	Sin cobertura	Con cobertura
Transporte a su servicio o consulta dental	Sin cobertura	Con cobertura

¿Qué servicios debo pagar?

Es posible que deba pagar por servicios o consultas que no estén cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos prestar a través del programa de Medicaid. Todos los servicios mencionados en este manual son servicios cubiertos. Tenga en cuenta que el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que usted lo necesitará. Es posible que deba pagar por servicios que nosotros no hayamos aprobado con anterioridad.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. No pague la factura sin haber hablado con nosotros. Lo ayudaremos.

Servicios para niños³

Debemos proporcionar todos los servicios que sean necesarios por motivos médicos a nuestros afiliados entre 0 y 20 años. Nos lo exige la ley. Esto es así incluso si el servicio no está cubierto o si tiene restricciones. Siempre y cuando los servicios del niño sean necesarios por motivos médicos, los servicios tienen las siguientes características:

- No tienen restricciones de dinero
- No tienen restricciones de tiempo, ya sea de horarios o de días

Puede que el proveedor deba solicitarnos nuestra aprobación antes de prestar el servicio al niño. Llame a Servicios para Afiliados si desea solicitar estos servicios.

Objeciones por motivos religiosos o morales

En caso de que no cubramos un servicio por motivos religiosos o morales, se lo informaremos. En estos casos, debe llamar al agente de inscripción estatal al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970). El agente lo ayudará a encontrar un proveedor que preste estos servicios.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)

Si tiene cobertura de Medicare, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su PCP.

Una de las primeras cosas que tiene que hacer cuando se inscribe en nuestro plan es elegir un PCP. El PCP puede ser un doctor, un enfermero practicante o un médico auxiliar. Deberá consultar a su PCP para realizarse chequeos anuales, colocarse vacunas o cuando esté enfermo. Además, el PCP lo ayudará a recibir cuidados de otros proveedores o especialistas. Esto se conoce como un **referido**. Para elegir su PCP, llame a Servicios para Afiliados.

Puede elegir un PCP distinto para cada familiar, o bien puede elegir un único PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno a usted y a su familia.

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Afiliados.

Elegir un PCP para su hijo

Puede elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Para hacerlo, llame a Servicios para Afiliados. Si aún no eligió un doctor para cuando nazca su bebé, nosotros le asignaremos uno. Si desea cambiar el doctor de su bebé, llámenos.

³ También llamados requisitos de “Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico” o “EPSDT”

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que asista a las visitas de niño sano todos los años. Las visitas de niño sano son para los niños entre 0 y 20 años. Estas visitas consisten en chequeos regulares que los mantienen a usted y al PCP del niño informados sobre la salud y el crecimiento del niño. Durante estas visitas, su hijo también puede recibir vacunas. Estas visitas ayudan a detectar problemas y cuidar de la salud de su hijo.⁴

Puede llevar a su hijo al pediatra, al proveedor de atención primaria o a otro proveedor de cuidado de la salud.

No necesita un referido para las visitas de niño sano. Tampoco debe pagar nada; el servicio es gratuito.

Atención y referidos de especialistas

En ocasiones, es posible que deba consultar con otro proveedor que no sea su PCP para cuestiones como afecciones, lesiones o enfermedades particulares. Primero hable con su PCP, quien lo referirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que se especializa en un área de la salud específica.

Si le han asignado un administrador de casos, asegúrese de informarle sobre sus **referidos**. El administrador de casos trabajará con el especialista para brindarle cuidados.

Segundas opiniones

Usted tiene el derecho de obtener una **segunda opinión** sobre su cuidado. Esto implica consultar con otro proveedor para conocer lo que piensa acerca de su cuidado. Este otro proveedor le dará su punto de vista. Esto lo ayudará a decidir si determinados servicios o tratamientos son adecuados para usted. Obtener una segunda opinión no tiene costo para usted.

Su PCP, su administrador de casos o el Departamento de Servicios para Afiliados puede ayudarlo a encontrar un proveedor que le brinde una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no encuentra un proveedor dentro de nuestra red, lo ayudaremos a encontrar uno que no pertenezca a nuestra red de proveedores. Si debe consultar con un proveedor que no forma parte de nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, tenga en cuenta que debemos aprobarlo antes.

⁴ Para obtener más información acerca de las evaluaciones y los exámenes de detección recomendados para los niños, consulte el documento “Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule” (recomendaciones para el cuidado de la salud infantil preventiva: cronograma de periodicidad) en www.aap.org.

Cuidado de urgencia

El cuidado de urgencia no es lo mismo que el cuidado de emergencia. Si tiene alguna lesión o enfermedad que necesita tratamiento en un plazo de 48 horas, necesita cuidados de urgencia. En estos casos, su salud o su vida no están en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP o debe verlo fuera del horario de atención.

Si necesita cuidados de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a la 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas) al 1-844-406-2396. Nuestro personal de enfermería está disponible para contestar sus preguntas sobre la salud en cualquier momento, tanto de día como de noche.

Si nos llama, también le diremos dónde se encuentra el centro de cuidados de urgencia más cercano. Podemos ayudarlo a encontrar un centro cerca de usted. O bien, consulte el directorio de proveedores en línea, en www.simplyhealthcareplans.com/medicaid. Haga clic en **Find A Doctor** (Encontrar un doctor) y seleccione la opción Urgent Care Centers (centros de cuidado de urgencia).

Cuidado hospitalario

Si necesita ir al hospital para una cita médica, una cirugía o una hospitalización, su PCP se encargará. Nosotros debemos aprobar los servicios que se prestarán en el hospital antes de que usted vaya, excepto los casos de emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con anticipación o en caso de emergencia.

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

Cuidado de emergencia

Si tiene una enfermedad o una lesión muy grave, y su vida o su salud están en peligro si no recibe asistencia médica de inmediato, se trata de una **emergencia** médica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Huesos fracturados
- Hemorragia que no cesa
- Está embarazada, en trabajo de parto y/o tiene una hemorragia
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos que recibe cuando tiene una enfermedad o una lesión grave. Estos servicios están destinados a mantenerlo con vida o a evitar que su situación empeore. Por lo general, se prestan en una sala de emergencias.

Si su afección es grave, llame al 911 o diríjase al centro de emergencias más cercano de inmediato. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de si tiene una emergencia o no, llame a su PCP, quien le indicará qué debe hacer.

No es necesario que el hospital o el centro pertenezca a nuestra red de proveedores o que se encuentre en nuestra área de servicio. Tampoco es necesario obtener nuestra aprobación con anticipación para obtener cuidado de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su casa, asegúrese de recibir el cuidado médico que necesita. Llame a Servicios para Afiliados apenas pueda y avísenos.

Cómo abastecer recetas

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos con receta. Contamos con una lista de los medicamentos que tienen cobertura. Esta lista se denomina **formulario**. Puede consultarla en nuestro sitio web, www.simplyhealthcareplans.com/medicaid, o llamando a Servicios para Afiliados.

Cubrimos **medicamentos de marca y genéricos**. Los medicamentos genéricos están fabricados con los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero suelen ser más baratos. Tienen el mismo efecto. A veces, debemos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de abastecer su receta.

Nuestra red de proveedores cuenta con farmacias. Puede abastecer su receta en cualquier farmacia que pertenezca a nuestra red. Lleve su tarjeta de identificación del plan con usted a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede modificarse ocasionalmente; le informaremos sobre cualquier cambio.

Información sobre farmacias especializadas

Simply cubre medicamentos especializados en todas las farmacias de la red. Algunos medicamentos especializados requieren una administración especial, y es posible que las farmacias locales no los tengan. Si su farmacia local no tiene su medicamento especializado, Simply tiene un acuerdo con Accredo Specialty Pharmacy para proporcionárselo. Accredo cuenta con la experiencia necesaria para administrar su medicamento especializado y, además, ofrece los siguientes servicios útiles:

- Farmacéuticos y enfermeros a disposición para responder sus preguntas sin costo al 1-800-501-7210
- Entrega segura, puntual y sin cargo directamente a su casa de lunes a viernes, a la hora que usted elija y le sea más conveniente
- Envase especial con regulador de temperatura si su medicamento lo exige
- Recordatorio por teléfono cuando deba volver a abastecer su receta
- Envío de agujas y jeringas si las necesita para administrarse los medicamentos

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 26

- Ayuda para consultar la información de sus medicamentos a fin de asegurarse de que puede tomarlos juntos

Llame a Accredo al 1-800-501-7210 (TTY 1-877-804-9222), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Su doctor puede llamar a Accredo al 1-800-987-4904 o enviar su receta por fax al 1-888-302-1028.

No es obligatorio usar Accredo. También hay otras farmacias especializadas en la red de Simply. Si desea usar otra farmacia especializada de la red, llame a Servicios para Afiliados para elegir una.

Servicios de salud del comportamiento

Hay veces en las que debe consultar con un terapeuta o un asesor si tiene alguno los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre se siente triste
- No tiene ganas de hacer las cosas que antes le gustaba hacer
- Se siente inútil
- Tiene problemas para dormir
- No tienes ganas de comer
- Consume alcohol o drogas en exceso
- Tiene problemas maritales
- Tiene inquietudes sobre la crianza de sus hijos

Cubrimos distintos tipos de servicios de salud del comportamiento que pueden ayudarlo con este tipo de cuestiones. Puede llamar a un proveedor de salud del comportamiento para programar una cita. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento:

- Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 (MMA) o al 1-877-440-3738 (LTC), o bien a Beacon Health Options al 1-844-375-7215
- Consulte nuestro directorio de proveedores
- Ingrese en nuestro sitio web, www.simplyhealthcareplans.com/medicaid, o en el sitio web de Beacon, www.beaconhealthoptions.com

Estamos para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No necesita un referido de su PCP para obtener los servicios de salud del comportamiento.

Si tiene pensamientos acerca de autoflagelarse o herir a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si se encuentra fuera de nuestra área de servicio. Una vez que se encuentre en un lugar seguro, de ser posible, llame a su PCP. Realice un seguimiento con su proveedor en el plazo de las 24 o 48 horas. Si obtiene cuidados de emergencia fuera del área de servicio, una vez que esté estable, lo trasladaremos a un hospital o un proveedor que pertenezca a nuestra red del plan.

Programas de recompensas para afiliados

Ofrecemos programas que lo ayudan a mantenerse sano y a llevar una vida más saludable (por ejemplo, para adelgazar o dejar de fumar). Los llamamos **programas de comportamientos saludables**. Si participa en estos programas, puede ganar recompensas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

Programas de recompensas de comportamientos saludables

Nuestros afiliados pueden ganar recompensas adicionales por hacer cosas para estar y mantenerse sanos a través de nuestros programas de recompensas de comportamientos saludables. Ofrecemos estos programas a los afiliados que quieran dejar de fumar, adelgazar, tratar problemas de abuso de sustancias, tener un bebé o controlar la salud de sus hijos.

Podemos ayudar a los afiliados a diseñar un plan y a establecer objetivos en relación con los siguientes temas:

- Alcoholismo y drogadicción — asistencia y apoyo mediante capacitaciones y la participación en grupos comunitarios
- Dejar de fumar — asistencia y apoyo mediante capacitaciones y la participación en grupos comunitarios
- Control del peso y alimentación — asistencia y apoyo de parte de su doctor y su nutricionista para tomar buenas decisiones respecto de la actividad física y la alimentación
- Maternidad — asistencia y apoyo de parte de su doctor y su administrador de casos para que tenga un embarazo saludable y un bebé sano
- Visitas de niño sano — asistencia y apoyo de parte de los doctores del niño para mantener una buena salud

Los programas le ofrecen recomendaciones, asistencia y apoyo de parte de doctores, administradores de casos y nutricionistas. Cuando se inscriba en un programa y alcance sus objetivos, ganará puntos de recompensa. Un punto vale \$1. Los afiliados pueden ganar hasta 50 puntos por completar un programa. Los puntos de recompensa se pueden utilizar para obtener tarjetas de regalo. Cuantos más objetivos alcance, ¡más tarjetas de regalo obtendrá!

Su doctor o un administrador de casos puede referirlo a uno o más de estos programas. También puede referirse usted mismo. Si desea obtener más información, envíenos un correo electrónico (HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com) o llame a Servicios para Afiliados. Pregunte por los programas de recompensas de comportamientos saludables.

Recuerde que las recompensas son intransferibles. Si se va de nuestro plan por más de 180 días, no recibirá su recompensa. Si tiene alguna pregunta o desea inscribirse en alguno de estos programas, llámenos al 1-844-406-2396 para MMA o al 1-877-440-3738 para LTC.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 28

Programas de administración de enfermedades (DM)

Ponemos a disposición programas especiales que le brindan asistencia en caso de que tenga alguna de las siguientes afecciones.

- Diabetes
- Asma
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Salud del comportamiento
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresivo grave — adultos
- Trastorno depresivo grave — niños y adolescentes
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad coronaria (CAD)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Esquizofrenia
- Trastorno por abuso de sustancias
- VIH/SIDA

Los administradores de casos de DM trabajan con usted para establecer metas de salud y ayudarlo a diseñar un plan para cumplirlas. Como afiliado del programa, se beneficiará de tener un administrador de casos que haga lo siguiente:

- Escuche lo que tenga que decir y se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Lo ayude a crear un plan de cuidado para alcanzar sus metas de cuidado de la salud.
- Le brinde las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarlo a mejorar su calidad de vida.
- Le brinde información de salud que pueda ayudarlo a tomar mejores decisiones.
- Lo ayude a coordinar el cuidado con sus proveedores.

Como de afiliado de Simply inscripto en un programa de DM, tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Tener información sobre Simply. Esto incluye todos los programas y servicios de Simply, al igual que la educación y experiencia laboral de nuestro personal, además de los contratos que tengamos con otras empresas o agencias.
- Rehusarse a participar en programas y servicios que ofrecemos, o dejar de participar en ellos.
- Saber quién es su administrador de casos y cómo pedir un cambio.
- Obtener ayuda de Simply para tomar decisiones con sus doctores sobre su cuidado de la salud.
- Conocer todos los tratamientos relacionados con la DM. Esto incluye los tratamientos mencionados en las pautas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por Simply; usted tiene derecho a analizar todas las opciones con sus doctores.
- Hacer que sus datos personales y su información médica se mantengan de forma confidencial.

- Saber quién tiene acceso a su información y conocer nuestros procedimientos que se usan para garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad.
- Recibir un tratamiento cortés y respetuoso de parte del personal de Simply.
- Presentar reclamos a Simply y obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamos, incluido cuánto tiempo tardamos en responder y en resolver problemas de calidad y reclamos.
- Obtener información clara y fácil de comprender.

Le recomendamos que haga lo siguiente:

- Siga las recomendaciones de cuidado de la salud de Simply.
- Brinde a Simply la información necesaria para prestar nuestros servicios.
- Informar a Simply y a sus doctores si decide abandonar el programa de DM.

Si tiene uno de estos problemas de salud o desea obtener más información sobre el programa de DM, llame al 1-888-830-4300, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este. Pida hablar con un administrador de casos de DM. También puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día. También puede visitar nuestro sitio web (www.simplyhealthcareplans.com/medicaid) o llamarnos si desea una copia de la información de DM que se encuentra en línea. Llamar puede ser el primer paso para mejorar su salud.

Nuestro equipo de administración de casos del plan cuenta con programas e información para ayudarlo si tiene alguna duda sobre temas como el cáncer o cuestiones terminales, incluida información sobre directivas anticipadas. Pídale ayuda a su administrador de casos con estas cuestiones.

Si está inscripto en el programa LTC, también ofrecemos programas para la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Pídale ayuda a su administrador de casos con estos temas.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que reciba un cuidado de la salud de calidad. Por eso, ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar el cuidado que recibe. Los programas son los siguientes:

Programa CARES

El programa Simply CARES es un programa práctico de administración de casos sobre salud del comportamiento para afiliados que tienen trastornos de salud del comportamiento y por abuso de sustancias. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, queremos asegurarnos de que está recibiendo el cuidado y el apoyo que necesita. A través de este programa, obtendrá ayuda en persona de un administrador de casos, que se asegurará de que esté tomando sus medicamentos y de que reciba atención de seguimiento, entre otras cosas. De esta manera, garantizamos que reciba el tratamiento, el cuidado y los servicios de recuperación que necesita para respaldar su plan de cuidados.

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, hable con su administrador de casos de salud del comportamiento o llame a Servicios para Afiliados.

Programa Rising Star

Si tiene un trastorno de salud del comportamiento, algunos días son mejores que otros. Si se inscribe en el programa Rising Star, recibirá cuidados personalizados de parte de un equipo de personas que lo conocen a usted y conocen sus antecedentes, y que pueden ayudarlo. Este equipo está conformado por un hospital, un psiquiatra y un administrador de casos de salud del comportamiento de Simply. Su administrador de casos trabajará con usted, su hospital, su psiquiatra y su farmacéutico para elaborar un plan que lo ayude a estar y mantenerse sano. Si reúne los requisitos, puede elegir unirse al programa; no es obligatorio. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, hable con su administrador de casos de salud del comportamiento o llame a Servicios para Afiliados.

Programa Healthy Family Lifestyle/Healthy Families

Healthy Family Lifestyle/Healthy Families es un programa de seis meses para afiliados de entre 7 y 17 años diseñado para que usted y sus familiares lleven una vida más saludable. Con este programa, usted y su familia obtienen lo siguiente:

- Capacitación sobre acondicionamiento físico y conductas saludables
- Información escrita sobre nutrición
- Recursos comunitarios y en línea

Los padres o los tutores de los afiliados que reúnen los requisitos participarán en este programa en nombre de su familia. Para obtener más información o inscribirse en este programa, llámenos al 1-844-421-5661.

Programas para niños

Ofrecemos programas que lo ayudan a obtener el cuidado que necesita para su hijo. Hay clínicas disponibles en algunas escuelas para facilitar la obtención de los servicios de cuidado de la salud para su hijo. Los niños menores de cinco años son referidos al programa Women, Infants, and Children (WIC) de Florida para obtener ayuda para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Si su hijo no está al día con las visitas de niño sano y las vacunas, puede recibir un recordatorio por teléfono o por escrito para programar una visita. Si necesita ayuda para concertar una visita u obtener transporte, llame a Servicios para Afiliados. Podemos ayudarlo.

Violencia doméstica

La violencia doméstica es maltrato. El maltrato no es sano ni seguro. No está bien que alguien lo lastime o le haga sentir miedo. La violencia doméstica provoca daños y dolor a propósito. La violencia doméstica en el hogar puede afectarlos a usted y a su familia. Si siente que es víctima de maltrato, hable con su doctor o el administrador de casos. Podemos ayudarlo. También ofrecemos visitas a domicilio por medio del programa Healthy Start para madres embarazadas que tienen miedo de estar en su casa o que son víctimas de violencia doméstica.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si está herido, llame a su PCP. Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita cuidados de emergencia.
- Tenga un plan para saber cómo puede ir a un lugar seguro, como un albergue para mujeres o la casa de un amigo o pariente.
- Arme un bolso pequeño y entrégueselo a un amigo para que se lo guarde hasta que lo necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a:

- Servicios para Afiliados a la línea gratuita 1-844-406-2396 (MMA), 1-877-440-3738 (LTC) o TTY al 711; siga las indicaciones para hablar con nuestra 24-hour Nurse HelpLine
- National Domestic Violence Hotline (Línea Nacional contra la Violencia Doméstica) al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224)
- Línea directa en caso de maltrato al 1-800-96-ABUSE

Prevención de embarazo

Simply proporciona varias herramientas para ayudar a las afiliadas a tomar medidas importantes para mantenerse sanas. Esto es ya sea que esté pensando en quedar embarazada, intentando quedar embarazada o que aún no esté lista para tener un hijo. Le brindamos acceso a muchos materiales sobre salud reproductiva y bienestar que brindan información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. Si desea información acerca de la planificación familiar, hable con su doctor, visite el departamento de salud de su condado o llame a Servicios para Afiliados.

Programas relacionados con el embarazo

Si está embarazada o está intentando quedar embarazada, Simply proporciona información sobre cómo prepararse para el embarazo y cómo mantenerse sana durante el embarazo. Puede obtener asesoramiento sobre los cuidados previos a la concepción, la importancia del cuidado prenatal, el tiempo que hay que esperar entre embarazos y otros temas de salud fundamentales, como el virus de Zika. Si está embarazada, recibirá un cuestionario por correo postal y/o una llamada para hacerle preguntas importantes sobre su salud y su embarazo. Es importante que responda estas preguntas para que Simply pueda ayudarla y diseñar un programa ideal para

usted. La llamarán por teléfono para indicarle qué esperar en cada etapa de su embarazo. También recibirá recordatorios sobre visitas prenatales, visitas posparto, visitas de niño sano y otros. Simply pone a su disposición administradores de casos que se especializan en el embarazo.

Programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de mí y de mi bebé)

Nuestro programa para todas las afiliadas embarazadas se llama Taking Care of Baby and Me®. Siempre es importante el cuidado durante el embarazo (o el cuidado prenatal), aunque ya haya tenido un bebé. Esto puede ayudarla a tener un bebé sano. Con nuestro programa, las afiliadas obtienen información sobre la salud y recompensas por recibir cuidado prenatal y posparto (después del parto). Nuestro programa también ayuda a las afiliadas embarazadas que tienen necesidades de cuidado de la salud complejas. Los enfermeros administradores de casos trabajan estrechamente con estas afiliadas para brindarles lo siguiente:

- Educación
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de cuidados del doctor
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad; por ejemplo:
 - Transporte
 - El programa Women, Infants, and Children (WIC)
 - Programas de visitas a domicilio
 - Asistencia y asesoramiento sobre la lactancia

Nuestros enfermeros también trabajan con los doctores y ayudan con otros servicios que puedan necesitar las afiliadas. El objetivo es promover una mejor salud para las afiliadas y el nacimiento de bebés sanos.

My Advocate® — cuidados de calidad para usted y su bebé

En Simply, queremos brindarle el mejor cuidado durante el embarazo. Por eso la invitamos a inscribirse en My Advocate® (mi defensor), que forma parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me. My Advocate® le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante el embarazo. My Advocate® ofrece capacitación sobre salud materna por teléfono, mensajes de texto y una aplicación para teléfonos inteligentes que es útil y divertida. Conocerá a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate®. Mary Beth responderá a sus necesidades en constante cambio a medida que su bebé crece y se desarrolla. Puede contar con lo siguiente:

- Noticias útiles
- Comunicación con su administrador de casos mediante los mensajes de My Advocate® en caso de que surjan preguntas o problemas
- Un sencillo cronograma de comunicación
- Servicio sin costo

My Advocate® mantiene la seguridad y la privacidad de su información. Las llamadas de My Advocate® dan respuesta a sus preguntas, además de apoyo médico si lo necesita. Se hará una llamada importante para hacer un examen de detección de salud, seguido por comunicación constante para ofrecer información. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono. Si nos dice que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará en uno o dos días hábiles. Los temas de My Advocate® incluyen los siguientes:

- Cuidado durante el embarazo y cuidado posparto
- Cuidado de niño sano
- Salud dental
- Vacunas
- Consejos para una vida sana

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PCP o a su obstetra/ginecólogo (OB/GYN) de inmediato. Si no tiene un OB/GYN, podemos ayudarla a encontrar uno que pertenezca a la red de Simply. No necesita un referido de su PCP para ver a un OB/GYN. Su OB/GYN debe verla en un plazo de dos semanas.

Si se entera de que está embarazada:

- Llame a Servicio para Afiliados y al trabajador social del Department of Children and Families (DCF).
 - De esta manera, su bebé obtendrá los beneficios de cuidado de la salud de Simply cuando nazca. Tendrá que elegir un PCP para su bebé durante el último trimestre. Si no escoge uno en este periodo, nosotros lo haremos por usted.
 - Le enviaremos un paquete de información prenatal sobre el embarazo. El paquete incluye información útil sobre el programa Taking Care of Baby and Me®, un manual de cuidados personales, un folleto y mucho más.

Mientras está embarazada:

- Debe cuidar muy bien de su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa WIC si es elegible para recibir Medicaid. Llame a Servicios para Afiliados para conocer cuál es la oficina de WIC más cercana a usted.
- Debe visitar a su PCP o a su OB/GYN con frecuencia. Su PCP u OB/GYN, y el paquete de información sobre el embarazo, le indicarán con qué frecuencia.

Cuando nazca su bebé:

- Usted y su bebé pueden permanecer en el hospital al menos 48 horas después de un parto vaginal, o 72 horas después de una cesárea. Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP u OB/GYN, y el proveedor del bebé, observan que usted y su bebé están bien. Si usted y el bebé salen antes del hospital, su PCP u OB/GYN puede pedirle que lo visite en el consultorio o hacer que un enfermero los vea en su casa en un plazo de 48 horas.
- Simply cubre el costo de circuncisiones optativas para afiliados recién nacidos de hasta 28 días de edad. La circuncisión es un beneficio único que se da una vez en la vida.

Después de tener a su bebé:

- Debe llamar a Servicios para Afiliados de Simply para informar a su administrador de casos que su bebé ya nació. Necesitaremos detalles sobre su bebé. La ayudaremos a elegir un PCP para su bebé si no ha elegido uno antes de que nazca.
- Debe llamar al trabajador social del DCF. Si no desea que el bebé sea un afiliado, debe llamar al agente de inscripción estatal a la línea gratuita 1-877-711-3662 (TTY 1-866-467-4970) para elegir otro plan de salud.
- Simply le enviará el paquete de información posparto de Taking Care of Baby and Me®. El paquete incluye un manual de cuidados del bebé y folletos sobre el programa de recompensas, la depresión posparto y la planificación familiar.
- Si se inscribió en My Advocate® durante el embarazo, seguirá recibiendo llamadas para promover la salud mientras esté inscrita en el programa por hasta 12 semanas.
- Programe una visita con su PCP u obstetra/ginecólogo para un chequeo posparto. Esto es muy importante para asegurarse de que se está recuperando adecuadamente. Esta visita debe hacerse entre 21 y 56 días después del parto.
 - Si tuvo una cesárea, su PCP u obstetra/ginecólogo puede pedirle que vuelva para hacer un control dos semanas después de la cirugía. Este no se considera un control posparto. Debe volver a visitar al proveedor en un plazo de 21 a 56 días desde el parto para hacer el control posparto.

Si necesita ayuda para concertar una consulta prenatal o posparto, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Podemos ayudarla.

Servicios de Healthy Start

Simply se asocia con la Healthy Start Coalition para asegurarse de que tenga un embarazo saludable y un bebé sano. Healthy Start ofrece clases para aprender sobre lo siguiente:

- Cómo tener un embarazo saludable
- Comer sano durante el embarazo
- Cómo dejar de fumar
- Lactancia
- Cómo cuidar a su bebé
- Planificación familiar
- Parto
- Crianza

Para encontrar servicios de Healthy Start cerca de usted, llame a Servicios para Afiliados o visite www.healthystartflorida.com/about-us/coalition-map.

Evaluación y asistencia nutricional

Las afiliadas que están embarazadas o que acaban de parir, y los niños desde el nacimiento hasta los cinco años, reciben una evaluación nutricional, asistencia y referidos al programa Florida WIC. El doctor evaluará sus hábitos alimenticios, le brindará información sobre las alternativas a la leche materna, le proporcionará asesoramiento alimenticio personalizado y diseñará un plan de cuidado alimenticio. Usted debe obtener una copia de los referidos a WIC que su doctor realice.

Simply también proporciona un programa de diabetes gestacional para las mujeres que han sido diagnosticadas con diabetes gestacional y necesiten mayor asistencia para alimentarse adecuadamente.

También ofrecemos los siguientes servicios a los afiliados de LTC:

- Una revisión de seguridad de su hogar y maneras de evitar caídas
- Información de enfermedades sobre cómo manejar los síntomas e identificar sus riesgos
- Información sobre directivas anticipadas y el final de la vida

Su administrador de casos puede ayudarlo con estos servicios. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener materiales informativos sobre estos temas.

Usted también tiene el derecho de informarnos sobre los cambios que considera que deberíamos implementar.

Para obtener más información sobre nuestros programas de mejora de la calidad o para proporcionarnos ideas, llame a Servicios para Afiliados.

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

La siguiente tabla enumera los servicios médicos que cubre nuestro plan. Recuerde que es posible que necesite un referido de su PCP o nuestra aprobación antes de asistir a una consulta o utilizar un servicio. Para que paguemos los servicios, estos deben ser necesarios por motivos médicos⁵.

Es posible que algunos servicios no tengan cobertura con nosotros, pero sí con Medicaid. Para saber más sobre estos beneficios, llame a la Agency Medicaid Help Line (Línea de ayuda de Medicaid de la agencia) al 1-877-254-1055. Si necesita transporte a cualquiera de estos servicios, podemos ayudarlo. Puede llamar al 1-844-406-2396 (TTY 711) para coordinar el traslado.

Si se produce algún cambio en los servicios cubiertos u otro cambio que lo afecte a usted, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los servicios cubiertos, llame a Servicios para Afiliados.

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de un centro de adicción	Servicios para brindar asistencia a personas con alcoholismo y drogadicción	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios para personas con alergias	Servicios para tratar afecciones, como estornudos o sarpullidos, que no son causadas por una enfermedad	Cubrimos análisis de sangre y de piel para detectar alergias y hasta 156 dosis por año de vacunas antialérgicas.	No obligatoria

⁵ Puede encontrar la definición de “necesidad médica” en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de transporte en ambulancia	Servicios de ambulancia para cuando necesita cuidados de emergencia mientras lo están trasladando al hospital o asistencia especial mientras lo están trasladando de un centro a otro	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria para los servicios de transporte que no son de emergencia
Servicios ambulatorios de desintoxicación	Servicios prestados a personas que tienen síntomas de abstinencia debido al alcohol o a las drogas	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos realizados en un centro que no sea el hospital (ambulatorio)	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos	Si son necesarios por motivos médicos	No obligatoria
Servicios de cuidado asistido	Servicios prestados a adultos (mayores de 18 años) para brindar asistencia en las actividades de la vida cotidiana y con la administración de medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicios por año.	Obligatoria
Servicios de evaluación de salud del comportamiento	Servicios para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de la salud del comportamiento	Cubrimos: - Una evaluación inicial por año - Una segunda evaluación por año - Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de la salud del comportamiento (no más de 30 minutos en un día)	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios complementarios de salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento prestados a niños (entre 0-18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, que incluyen terapia, servicios de apoyo y planificación posterior al cuidado.	Obligatoria
Servicios cardiovasculares	Servicios para tratar el sistema cardíaco y circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos lo siguiente según las indicaciones del doctor: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas cardíacas - Procedimientos quirúrgicos cardíacos - Dispositivos cardíacos 	Se puede requerir para pruebas cardíacas y procedimientos quirúrgicos
Servicios de administración de casos orientados a la salud mental infantil	Servicios prestados a niños (entre 0-3 años) para ayudarlos a obtener cuidado de la salud y otros servicios	El niño debe estar inscrito en el programa DOH Early Steps.	Obligatoria
Servicios de quiropráctica	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desviaciones de las articulaciones, especialmente la columna vertebral, que puedan causar otros trastornos que afecten los nervios, músculos y órganos	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una visita para pacientes nuevos - 24 visitas establecidas para pacientes por año - Máximo de una visita por día - Radiografías - Ecografías o estimulación eléctrica 	No obligatoria
Servicios clínicos	Servicios de cuidado de la salud prestados en un departamento de salud del condado, un centro de salud con acreditación federal o una clínica de salud rural		No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios completos comunitarios	Servicios prestados por un equipo de salud mental a niños que están en riesgo de ser ingresados en un centro de tratamiento de salud mental	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios de la unidad de estabilización en caso de crisis	Servicios de salud mental de emergencia prestados en un centro que no sea un hospital tradicional	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	No obligatoria
Servicios de diálisis	Cuidado médico, análisis y otros tratamientos renales. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según las indicaciones del doctor responsable: - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de hemodiálisis peritoneal	Obligatoria
Servicios en centros de hospitalidad	Servicios prestados en un centro que ayuda a las personas indigentes a recibir tratamiento o vivienda	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza reiteradamente; por ejemplo, sillas de ruedas, férulas, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos que se utilizan una sola vez y luego se descartan.	Se aplican algunas restricciones de servicio y edad. Llame al 1-844-406-2396 (TTY 711) para obtener más información.	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de intervención temprana	Servicios prestados a niños entre 0-3 años que tienen retrasos en el desarrollo y otras afecciones	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial, una vez en la vida, realizada por un equipo - Hasta 3 exámenes de detección por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de capacitación y apoyo por semana 	No obligatoria
Servicios de transporte de emergencia	Servicios de transporte proporcionados por ambulancias o ambulancias aéreas (helicópteros o aviones) para trasladarlo al hospital debido a una emergencia	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria para ambulancias aéreas
Servicios de evaluación y control	Servicios prestados durante las consultas con el doctor para cuidar de la salud y prevenir o tratar enfermedades	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Un examen de detección de salud para adultos (chequeo) por año - Las visitas de niño sano se proporcionan en función de la edad y las necesidades del desarrollo - Una visita por mes para personas que residen en centros de enfermería - Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones 	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de terapia familiar	Servicios de sesiones terapéuticas para familias con un profesional de la salud mental	Cubrimos: - Hasta 26 horas por año de servicios terapéuticos familiares o individuales; una hora por día.	No obligatoria
Capacitación y asesoramiento familiar sobre el desarrollo infantil	Servicios para brindar apoyo a las familias durante el tratamiento de salud mental del niño	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o trastornos del estómago o del sistema digestivo	Si son necesarios por motivos médicos	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o trastornos de los genitales o del sistema urinario	Si son necesarios por motivos médicos	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios de terapia grupal	Servicios de sesiones terapéuticas para un grupo de personas con un profesional de la salud mental	Hasta 39 horas por año	No obligatoria
Servicios de audición	Pruebas, tratamientos y suministros de audición que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos pruebas de audición según las indicaciones del doctor: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por año, una vez cada 3 años - Reparaciones - Hasta 3 pares de moldes por año - Un servicio de ajuste y colocación por año cada 3 años	Obligatoria para implantes cocleares y audífonos que se fijan en el hueso

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
		<ul style="list-style-type: none"> - Una prueba de audición cada 3 años para determinar la necesidad de audífonos y el audífono más adecuado - Hasta 2 pruebas de audición para recién nacidos para destinatarios menores de 12 meses; se puede realizar una segunda prueba solo si el destinatario no pasa la primera prueba de uno o ambos oídos. 	
Servicios de salud a domicilio	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a controlar o recuperarse de un afección, enfermedad o lesión	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 4 visitas por día para destinatarias embarazadas y destinatarias entre 0-20 años - Hasta 3 visitas por día para el resto de los destinatarios 	Obligatoria
Servicios de hospicio	Cuidado médico, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están en el final de su vida para ayudarlas a sentirse cómodas y que no sientan dolor. También disponemos de servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	Si son necesarios por motivos médicos	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de terapia individual	Servicios de sesiones terapéuticas individuales con un profesional de la salud mental	Cubrimos: - Hasta 26 horas por año de servicios terapéuticos familiares o individuales; una hora por día.	No obligatoria
Servicios de pruebas de salud mental infantil anteriores y posteriores al tratamiento	Pruebas realizadas por un profesional de la salud mental especializado en bebés y niños	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cuidado médico que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir análisis, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de doctores y equipos que se utilicen para tratar su afección.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados según la edad y la situación: - Hasta 365/366 días para destinatarios entre 0-20 años - Hasta 45 días para el resto de los destinatarios (se cubren días adicionales para casos de emergencia)	Obligatoria para hospitalizaciones optativas
Servicios del tegumento	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos de la piel	Si son necesarios por motivos médicos	Se requiere un referido de su PCP
Servicios de laboratorio	Servicios para analizar sangre, orina, saliva u otras sustancias del organismo para detectar afecciones, enfermedades o trastornos	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria para pruebas genéticas

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios médicos de acogida	Servicios para ayudar a niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida	Deben estar bajo la custodia del Department of Children and Families.	Obligatoria
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios para brindar asistencia a personas con drogadicción	Si son necesarios por motivos médicos	No obligatoria
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones en cuanto a la administración de sus medicamentos	Si son necesarios por motivos médicos	No obligatoria
Servicios del programa de hospitalización parcial de salud mental	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Administración de casos orientados a la salud mental	Servicios para ayudar a las personas que tienen enfermedades mentales a recibir cuidado médico y de la salud del comportamiento	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria
Servicios de evaluación e intervención a domicilio en caso de crisis	Un equipo de profesionales del cuidado de la salud que prestan servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el hogar del paciente	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos del cerebro, de la columna vertebral o del sistema nervioso	Si son necesarios por motivos médicos	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios de transporte para casos que no son de emergencia	Servicio de transporte desde y hacia todas sus citas médicas. Se pueden utilizar el autobús, una furgoneta que pueda trasladar a personas discapacitadas, un taxi u otros tipos de vehículos.	<p>Cubrimos los siguientes servicios para destinatarios que no cuentan con otro medio de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viajes fuera del estado - Traslados entre hospitales o centros - Acompañantes cuando sea necesario por motivos médicos <p>Servicios operados por MCT Express (en los condados de Broward, Miami-Dade y Monroe) o LogistiCare (en todos los otros condados).</p>	Se requiere para viajes fuera del estado y traslados entre hospitales o centros.
Servicios en centros de enfermería	Cuidado médico o de enfermería que recibe cuando reside en un centro de enfermería de forma permanente. Esto puede ser una estadía de rehabilitación de corto o largo plazo.	Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sea necesario por motivos médicos.	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan con las actividades de la vida cotidiana, como escribir, alimentarse y usar los elementos de la casa.	<p>Cubrimos servicios para niños entre 0-20 años y para adultos que no sobrepasen el límite de \$1,500 para los servicios para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial en silla de ruedas cada 5 años - Hasta 2 aplicaciones de yesos y vendajes por día - Una segunda evaluación terapéutica cada 5 meses <p>Cubrimos servicios para personas de todas las edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento en silla de ruedas; una en el momento de la entrega y otra a los 6 meses 	Obligatoria
Servicios de cirugía bucal	Servicios prestados para extracciones dentales (extirpaciones) y para tratar otras afecciones, enfermedades y trastornos de la boca y la cavidad bucal	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de ortopedia	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o trastornos de los huesos o las articulaciones	Si son necesarios por motivos médicos	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cuidado médico que recibe mientras está en el hospital, pero no se quedará a pasar la noche. Esto puede incluir análisis, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de doctores y equipos que se utilicen para tratar su afección.	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de emergencia se cubren si son necesarios por motivos médicos. - Los servicios que no son de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para destinatarios mayores de 21 años. 	Obligatoria para servicios que no son de emergencia
Servicios de control del dolor	Tratamientos para el dolor crónico que no mejora después de haber recibido otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Si son necesarios por motivos médicos. Pueden aplicarse límites de servicio. - Hasta 12 inyecciones en la articulación facetaria en un periodo de 6 meses - Hasta 4 sesiones de neurólisis percutánea por radiofrecuencia en un periodo de 4 meses 	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para fortalecer el cuerpo y sentirse mejor luego de sufrir una lesión, enfermedad o afección.	<p>Cubrimos servicios para niños entre 0-20 años y para adultos que no sobrepasen el límite de \$1,500 para los servicios para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año 	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
		<ul style="list-style-type: none"> - Una segunda evaluación terapéutica cada 5 meses - Hasta dos aplicaciones de yesos y vendajes por día - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial en silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos servicios para personas de todas las edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento en silla de ruedas; una en el momento de la entrega y otra a los 6 meses 	
Servicios de podología	Cuidado médico y otros tratamientos para los pies	<p>Cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de los pies y las uñas - Radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes para los pies, los tobillos y la parte inferior de la pierna - Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna 	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de medicamentos recetados	Estos servicios son para medicamentos recetados para usted por un doctor u otro proveedor de cuidado de la salud	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Un suministro de hasta 34 días de medicamentos por receta - Reabastecimientos según las indicaciones - Hasta dos suministros de emergencia de 72 horas por receta en 30 días consecutivos 	Obligatoria para algunos medicamentos. Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener más información.
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería prestados a domicilio para personas entre 0-20 años que necesitan cuidado continuo	Hasta 24 horas por día	Obligatoria
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas realizadas para detectar o diagnosticar problemas con la memoria, el IQ u otras áreas	10 horas de pruebas psicológicas por año	Obligatoria
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reinsertarse en la vida cotidiana. Incluyen asistencia con las actividades básicas, como cocinar, manejar dinero y realizar las tareas domésticas	Hasta 480 horas por año	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen estudios de diagnóstico por imágenes, como radiografías, MRI o tomografías computarizadas. También incluyen radiografías portátiles.	<ul style="list-style-type: none"> - Si son necesarios por motivos médicos - Hasta 2 perfiles biofísicos por embarazo - Una ecocardiografía fetal por embarazo; hasta 2 pruebas de seguimiento para embarazos de alto riesgo - Una mamografía al año - Hasta 3 ecografías obstétricas por embarazo 	Puede requerirse
Servicios en un centro regional de cuidado perinatal de urgencia	Servicios prestados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de cuidados especializados para tratar afecciones graves	Si son necesarios por motivos médicos	No obligatoria
Servicios de salud reproductiva	Servicios para mujeres que están embarazadas o que quieren quedar embarazadas. Incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros de regulación de la natalidad para ayudarla a planificar cuántos hijos tener.	Cubrimos servicios de planificación familiar. Puede recibir estos servicios y suministros de parte de cualquier proveedor de Medicaid; no es necesario que el proveedor pertenezca a nuestro plan. No es necesario obtener una autorización previa para recibir estos servicios. Estos servicios son gratuitos, voluntarios y confidenciales, incluso si es menor de 18 años.	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios del sistema respiratorio	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o trastornos de los pulmones o del sistema respiratorio	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Administración de dispositivos respiratorios 	Puede requerirse para pruebas y procedimientos de diagnóstico
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para destinatarios entre 0-20 años para ayudarlos a respirar mejor cuando reciben tratamiento debido a una afección, una enfermedad o un trastorno respiratorio	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una segunda evaluación terapéutica cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (máximo de 60 minutos por día) 	Obligatoria
Servicios de autoayuda/de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o una enfermedad mental	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios terapéuticos especializados	Servicios prestados a niños entre 0-20 años que tienen enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias	Cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios para niños en hogares de acogida - Servicios de terapia grupal en el hogar 	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de terapia del habla y del lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor	<p>Cubrimos los siguientes servicios para niños entre 0-20 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial por año - Una segunda evaluación cada 5 meses <p>Cubrimos los siguientes servicios para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de la comunicación cada 5 años 	Obligatoria
Servicios del programa estatal para pacientes psiquiátricos internados	Servicios para niños que tienen enfermedades mentales graves y que necesitan tratamiento en el hospital	Si son necesarios por motivos médicos para niños entre 0-20 años	Obligatoria
Servicios del programa intensivo para abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de un trastorno por abuso de sustancias	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios de tratamiento residencial de corto plazo para trastornos por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de un trastorno por abuso de sustancias	Si son necesarios por motivos médicos y recomendados por nosotros	Obligatoria
Servicios terapéuticos de salud del comportamiento en las instalaciones	Servicios prestados por un equipo para evitar que los niños entre 0-20 años que tienen enfermedades mentales o problemas de salud del comportamiento sean ingresados en un hospital u otro centro	Hasta 9 horas por mes	Obligatoria
Servicios de trasplantes	Servicios que incluyen todos los cuidados quirúrgicos anteriores y posteriores a la cirugía	Si son necesarios por motivos médicos	Obligatoria
Servicios relacionados con dispositivos de asistencia para la visión	Los dispositivos de asistencia para la visión incluyen anteojos, lentes de contacto y prótesis oculares.	Cubrimos los siguientes servicios según las indicaciones del doctor: - Dos pares de anteojos para niños entre 0-20 años - Lentes de contacto - Prótesis oculares	Puede requerirse para prótesis
Servicios de cuidado de la vista	Servicios para evaluar y tratar afecciones, enfermedades y trastornos de los ojos	Si son necesarios por motivos médicos	Puede requerirse para procedimientos y algunas pruebas

Los beneficios de su plan: beneficios adicionales

Los beneficios adicionales son bienes o servicios adicionales que proporcionamos para usted sin cargo. Llame a Servicios para Afiliados para saber cómo solicitar beneficios adicionales.

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Acupuntura	Tratamiento que alivia el dolor y trata afecciones físicas, mentales y emocionales	Treinta (30) minutos de tratamiento una vez por semana por hasta tres meses para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria
Servicios/tratamiento diarios para la salud del comportamiento	Tratamiento o servicios que proveen actividades diarias y estructuradas para personas con trastornos de la salud del comportamiento	Para afiliados mayores de 21 años: - 10 unidades de servicio adicionales por año de tratamiento diario - Un día por semana y hasta 52 días por año de servicios de cuidado diario	No obligatoria
Servicios médicos relacionados con la salud del comportamiento (detección de drogas)	Servicios relacionados con la salud del comportamiento para detectar la presencia de alcohol u otras sustancias	Ocho servicios médicos adicionales relacionados con la salud del comportamiento por año para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria
Servicios médicos relacionados con la salud del comportamiento (administración de medicamentos)	Servicios relacionados con la salud del comportamiento para administrar medicamentos para personas con trastornos por abuso de alcohol u otras sustancias	Ocho servicios médicos adicionales relacionados con la salud del comportamiento por año para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Servicios médicos relacionados con la salud del comportamiento (interacción oral)	Servicios de salud del comportamiento para conversar con personas que tienen trastornos de salud del comportamiento	Ocho servicios médicos adicionales relacionados con la salud del comportamiento por año para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria
Servicios de detección relacionados con la salud del comportamiento	Servicios relacionados con la salud del comportamiento para detectar la presencia de un trastorno de la salud del comportamiento	Un examen de detección adicional por año para afiliados mayores de 21 años	No obligatoria
Servicio de telefonía celular	Los afiliados pueden inscribirse en el programa Lifeline y recibir un teléfono inteligente sin cargo, minutos mensuales gratis y un mínimo de 500 MB de datos y mensajes de texto.	Un teléfono inteligente de Lifeline por afiliado mayor de 18 años Ofrecemos lo siguiente a los afiliados: - Minutos gratis para llamadas entrantes y salientes de Servicios para Afiliados - Datos adicionales para mensajes de texto relacionados con la salud	No obligatoria
Servicios de quiropráctica	Servicios para diagnosticar y tratar desviaciones de las articulaciones, especialmente la columna vertebral, que puedan causar otros trastornos que afecten los nervios, músculos y órganos	Treinta y cinco (35) visitas adicionales por año para afiliados elegibles mayores de 21 años Medicaid cubre 24 visitas por año. Ofrecemos estos beneficios adicionales solo después de que haya utilizado las visitas proporcionadas por Medicaid.	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Análisis del comportamiento cognitivo computarizado	Evaluaciones de la salud y del comportamiento, como entrevistas clínicas, observaciones conductuales, control y cuestionarios psicofisiológicos	Evaluaciones ilimitadas mediante la herramienta Simply Online Well Being para afiliados mayores de 21 años	No obligatoria
Servicios de acompañante de parto	Visitas a domicilio para el control, la evaluación y el cuidado de seguimiento prenatal y posparto; cuidado y evaluación para recién nacidos. El cuidado prenatal incluye la medición de la frecuencia cardíaca del feto, una cardiotocografía en reposo, el control del útero y de la diabetes gestacional.	Visitas ilimitadas por embarazo para afiliadas de 21 a 54 años	No obligatoria
Estimuladores eléctricos (control del dolor)	Dispositivo de neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) para el control del dolor	Proporcionamos cobertura a los afiliados mayores de 21 años con: <ul style="list-style-type: none"> - Un dispositivo de TENS (2 cables) cada cinco años - Dos dispositivos de TENS (4 cables o más) cada cinco años - 2 cables de TENS (máximo de uno por mes) - 4 cables de TENS (máximo de dos por mes) 	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
		<ul style="list-style-type: none"> - Un neuroestimulador eléctrico para osteogénesis por episodio según sea necesario por motivos médicos 	
Servicios de audición	Servicios para evaluar la audición del paciente y determinar la necesidad de audífonos o para evaluar los audífonos del paciente	<p>Ofrecemos estos servicios adicionales para afiliados mayores de 21 años cada dos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación posterior - Una evaluación previa - Un audífono por oído - Un ajuste/una verificación de un audífono - Tarifa de colocación de un audífono <p>Medicaid cubre servicios de audición una vez cada tres años para afiliados elegibles.</p>	No obligatoria
Comidas entregadas en el hogar después del alta de un centro (hospital o centro de enfermería)	Comidas entregadas en el hogar, incluida la preparación (por comida), para personas que han salido del hospital o de un centro de enfermería	<p>Dos comidas por día durante siete días para afiliados mayores de 18 años</p> <p>Debe ser después de una hospitalización quirúrgica de tres días o más.</p>	Obligatoria
Servicios de asistencia y enfermería a domicilio	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a controlar o recuperarse de un afección, enfermedad o lesión	Una unidad de servicio adicional por día para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Asistencia de vivienda	Ayuda para encontrar una vivienda y pagar los costos mensuales que esta supone	Un beneficio único, una vez en la vida, de \$500 para afiliados mayores de 21 años	Obligatoria
Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (abuso de sustancias)	Servicios intensivos para pacientes ambulatorios con terapia y tratamiento para brindar asistencia con trastornos por abuso de alcohol o drogas	Proporcionamos cobertura a afiliadas embarazadas mayores de 21 años por hasta 8 semanas. Esto incluye servicios para: - Tres horas por día - Tres días a la semana Con un límite total de 9 horas por semana. Medicaid cubre estos servicios para afiliados elegibles. Ofrecemos ese beneficio adicional una vez que haya utilizado sus beneficios de Medicaid.	Obligatoria
Terapia de masajes	Servicios para ayudar a aliviar el dolor mediante: - Masajes - Movilización - Manipulación - Tracción manual	Dos horas de terapia para afiliados elegibles mayores de 21 años que tengan dolor reumático y osteomuscular	Obligatoria
Comidas y transporte que no sea de emergencia para viajes por el día	Traslados que no sean de emergencia para un afiliado y su cuidador a visitas al doctor que sean necesarias por motivos médicos de más de 100 millas por trayecto. Incluye comidas.	Costos de transporte y comidas para afiliados mayores de 21 años: - Hasta \$200 por día - Hasta \$1,000 por año	Obligatoria
Circuncisión para recién nacidos	La extirpación quirúrgica de la piel que cubre la punta del pene de los niños recién nacidos.	Una circuncisión como un beneficio único para recién nacidos en el plazo de los primeros 28 días después del nacimiento	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Asesoramiento nutricional	Visitas de un nutricionista para ayudar con un plan de alimentación y hábitos alimenticios saludables	Hasta seis visitas por año para afiliados elegibles	Obligatoria
Terapia ocupacional	Visitas de terapia ocupacional de evaluación y tratamiento para ayudar a los afiliados que tienen discapacidades físicas o mentales	Proporcionamos cobertura a los afiliados mayores de 21 años con: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación por año - Una segunda evaluación por año - Hasta siete sesiones de terapia por semana Medicaid cubre servicios de terapia ocupacional para niños entre 0-20 años y adultos elegibles. Ofrecemos estas visitas adicionales solo después de que haya utilizado sus beneficios de Medicaid.	Obligatoria
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios o cuidado médico para pacientes ambulatorios que recibe en el hospital sin quedarse a pasar la noche	\$200 adicionales por año además del beneficio del plan de \$1,500 para costos para pacientes ambulatorios para afiliados mayores de 21 años. No incluye servicios de laboratorio.	Obligatoria
Beneficios de artículos de venta libre	Suministros y medicamentos de venta libre (OTC) de bajo costo o gratuitos, como medicamentos antialérgicos y repelente de insectos	Ofrecemos \$25 todos los meses por familia para cubrir el costo de los artículos OTC.	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Fisioterapia	Visitas de fisioterapia de evaluación y tratamiento para ayudar a los afiliados que tienen lesiones físicas	Ofrecemos servicios adicionales para afiliados mayores de 21 años: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación por año - Una segunda evaluación por año - Hasta siete sesiones de terapia por semana <p>Medicaid cubre servicios de fisioterapia para niños entre 0-20 años y adultos elegibles. Ofrecemos estas visitas adicionales solo después de que haya utilizado sus beneficios de Medicaid.</p>	No obligatoria
Servicios de embarazo — visitas prenatales/ perinatales	Servicios de cuidado prenatal y posparto para afiliadas embarazadas	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - Sacaleches en el hospital (de alquiler; máximo de 1 por año) - Sacaleches (de alquiler; 1 cada 2 años) - 14 visitas para embarazos de bajo riesgo - 18 visitas para embarazos de alto riesgo - Tres visitas en el plazo de los 90 días después del parto 	Obligatoria solo para el sacaleches en el hospital; no obligatoria para los demás beneficios mencionados
Servicios de consulta de cuidado primario para adultos	Visitas con un proveedor de cuidado primario (PCP) para estar o mantenerse sano	Visitas ilimitadas para afiliados mayores de 21 años	No obligatoria
Suministros respiratorios	Suministros para mejorar la capacidad respiratoria y para abrir las vías respiratorias	Para afiliados elegibles mayores de 21 años	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Terapia respiratoria	Terapia para ayudarlo a respirar mejor o tratamientos para una afección respiratoria	<p>Ofrecemos beneficios adicionales para afiliados mayores de 21 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una segunda evaluación por año - Una visita de terapia respiratoria por día <p>Medicaid cubre servicios de terapia respiratoria para afiliados entre 0-20 años. Ofrecemos estos beneficios adicionales solo después de que haya utilizado sus beneficios de Medicaid.</p>	No obligatoria
Terapia del habla/patologías del habla y del lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor	<p>Ofrecemos estos beneficios adicionales para afiliados mayores de 21 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación/segunda evaluación por año - Una evaluación de la capacidad funcional para tragar de la boca y la faringe por año - Hasta siete sesiones de tratamiento terapéutico por semana - Una evaluación de AAC inicial por año - Una segunda evaluación de AAC por año - Hasta cuatro sesiones de 30 minutos para sesiones de colocación, ajuste y capacitación de AAC por año <p>Medicaid cubre servicios de terapia del habla para niños entre 0-20 años y ciertos servicios para adultos elegibles.</p>	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Arteterapia	Terapias con música, baile, arte o juegos incluidas como parte de un plan de cuidados para ayudar a los afiliados que tienen problemas de salud mental	Sesiones ilimitadas para afiliados que reciben servicios de salud del comportamiento	Obligatoria
Vacuna — gripe (influenza)	Vacuna para evitar el contagio de la gripe	Para todos los afiliados mayores de 21 años	No obligatoria
Vacuna — neumonía (antineumocócica)	Vacuna para evitar el contagio de la neumonía.	Para todos los afiliados mayores de 21 años	Obligatoria para afiliados entre 19-64 años
Vacuna — culebrilla (varicela-zóster)	Vacuna para evitar el contagio de la culebrilla.	Una vacuna una vez en la vida para afiliados mayores de 60 años.	No obligatoria
Vacuna — TDaP	Vacuna para evitar el contagio del tétano, de la difteria y de la tosferina (TDaP)	Una vacuna por embarazo para afiliadas embarazadas entre 21-54 años.	Obligatoria
Servicios oftalmológicos	Examen ocular y anteojos o lentes de contacto	Ofrecemos estos beneficios adicionales para afiliados mayores de 21 años: <ul style="list-style-type: none"> - Un examen al año - Un armazón por par de anteojos por año - Lentes de contacto por seis meses con receta Medicaid cubre servicios oftalmológicos para afiliados elegibles.	No obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/ restricciones	Autorización previa
Exención de copagos	No se aplica ningún copago a los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Centros de maternidad - Servicios quiroprácticos - Salud del comportamiento de la comunidad - Centro de salud con calificación federal - Atención de hospital para pacientes ambulatorios y hospitalizados - Laboratorios independientes - Transporte que no sea de emergencia - Cuidados de optometría - Cuidados brindados por un doctor, un enfermero practicante, un médico auxiliar o un enfermero titulado adjunto - Servicios de podología - Radiografías portátiles - Clínicas rurales 	Para afiliados de todas las edades	No obligatoria

Sección 13: Información útil sobre el programa Long-term Care

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

Servicios iniciales

Es importante que obtengamos información sobre usted para asegurarnos de que obtenga el cuidado que necesita. Su administrador de casos establecerá un horario para ir a su casa o al centro de enfermería para reunirse con usted.

En esta primera visita, su administrador de casos le contará sobre el programa LTC y nuestro plan. Además, le hará preguntas sobre su salud y qué medidas toma para cuidarse, qué actividades hace, quien lo ayuda con el cuidado de su salud y otros temas. Estas preguntas forman parte de la **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos permite saber qué necesita para vivir de manera segura en su casa. También nos ayuda a decidir qué servicios le serán de mayor utilidad.

Elaborar un plan de cuidado

Antes de comenzar a recibir los servicios del programa LTC, debe tener un **plan de cuidado enfocado en la persona (plan de cuidado)**. Su administrador de casos diseña su plan de cuidado. Su plan de cuidado es el documento que le indica todos los servicios que obtiene de nuestro programa LTC. Su administrador de casos hablará con usted y sus familiares o cuidadores que desee incluir para decidir qué servicios de LTC le serán útiles. Usarán la evaluación inicial y otra información para diseñar un plan que sea ideal para usted. Su plan de cuidado le brindará la siguiente información:

- Qué servicios recibe
- Quién proporciona los servicios (sus proveedores de servicio)
- Con qué frecuencia recibe los servicios
- Cuándo empieza y finaliza un servicio (si tiene fecha de finalización)
- Cuál es el objetivo de los servicios. Por ejemplo, si necesita ayuda para hacer las tareas domésticas simples de la casa, su plan de cuidado le indicará que un proveedor de cuidados adulto lo acompañará 2 veces por semana para ayudarlo.
- Cómo funcionan sus servicios de LTC con otros servicios que recibe fuera de nuestro plan, como servicios de Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus **objetivos personales**

No solo queremos asegurarnos de que viva de forma segura. También queremos asegurarnos de que esté satisfecho y se sienta conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos elabore su plan de cuidado, le preguntará acerca de sus **objetivos personales**. Estos objetivos pueden estar relacionados con cualquier tema; solo queremos asegurarnos de que los servicios que reciba de LTC lo ayuden a cumplirlos. Algunos ejemplos de objetivos personales son los siguientes:

- Caminar 10 minutos todos los días
- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Ir al centro para adultos mayores una vez a la semana
- Mudarse de un centro de enfermería a una residencia de vida asistida

Usted o su **representante autorizado** (alguien de su confianza que tenga autorización para hablar con nosotros sobre su cuidado) debe firmar su plan de cuidado. De esta forma, demuestra que está de acuerdo con el plan y los servicios que elegimos para usted.

El administrador de casos le enviará a su PCP una copia de su plan de cuidado. También lo compartirá con sus otros proveedores de cuidado de la salud.

Actualización de su plan de cuidado

Todos los meses, su administrador de casos lo llamará para verificar el estado de sus servicios y su progreso. Si se produce algún cambio, el administrador actualizará su plan de cuidado y le dará una copia nueva.

Su administrador de casos irá a verlo en persona para revisar su plan de cuidado cada tres meses. Este es un buen momento para aprovechar y hablar con él acerca de sus servicios, de qué le resulta útil y qué no, y del estado de sus objetivos. El administrador actualizará su plan de cuidado con cualquier cambio. Cada vez que su plan de cuidado se actualice, usted o su representante autorizado deben firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre los problemas que tenga, los cambios que se produzcan en su vida u otros temas. Su administrador de casos está a su disposición para cuando necesite hablar con él.

Su plan secundario

Su administrador de casos lo ayudará a elaborar un **plan secundario**. Un plan secundario le indica qué hacer en caso de que un proveedor de servicio no se presente a prestarle un servicio. Por ejemplo, su asistente a domicilio no fue a su casa para ayudarlo a bañarse.

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

Sección 14: Los beneficios de su plan: servicios de Long-term Care

La siguiente tabla enumera los servicios de cuidado a largo plazo que cubre nuestro plan. Recuerde que, para que paguemos los servicios, estos deben ser necesarios por motivos médicos⁶.

Si se produce algún cambio en los servicios cubiertos u otro cambio que lo afecte a usted, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los servicios cubiertos de cuidado a largo plazo, llame a Servicios para Afiliados.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Acompañamiento	Este servicio lo ayuda a preparar las comidas, lavar la ropa y con las tareas domésticas sencillas	Obligatoria
Cuidado de la salud de día para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades proporcionados en centros de atención diurna para adultos durante el día. Si se encuentra en el centro durante el horario de las comidas, puede comer allí.	Obligatoria
Servicios de cuidado asistido	Estos son servicios de 24 horas si vive en una residencia de cuidado familiar para adultos o una residencia de vida asistida.	Obligatoria
Servicios de asistencia para la vida	Estos son servicios brindados, generalmente, en una residencia de vida asistida. Los servicios pueden incluir ayuda con las tareas domésticas, para bañarse, vestirse y comer, con medicamentos y programas sociales.	Obligatoria
Acompañante de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a controlar o recuperarse de una afección, enfermedad o lesión	Obligatoria

⁶ Puede obtener una copia de la política de cobertura del Programa de Statewide Medicaid Managed Care Long-term Care en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf

Servicio	Descripción	Autorización previa
Administración del comportamiento	Servicios de salud mental o para necesidades por abuso de sustancias	Obligatoria
Capacitación para cuidadores	Capacitación y orientación para las personas que cuidan de usted	Obligatoria
Coordinación de cuidado/administración de casos	Servicios que lo ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir de manera segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de cuidado que enumere todos los servicios que necesita y recibe.	No obligatoria
Servicios de accesibilidad/adaptación en el hogar	Este servicio implementa cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y a desplazarse por su casa de manera segura y sencilla. Por ejemplo, la instalación de barras de seguridad en el baño o de un inodoro especial. No incluye cambios importantes, como colocación de alfombras, reparación del techo, sistemas de plomería, etc.	Obligatoria
Entrega de comidas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables a su casa.	Obligatoria
Servicios domésticos	Estos servicios lo ayudan con las actividades generales de la casa, como la preparación de las comidas y las tareas domésticas de rutina.	Obligatoria
Hospicio	Cuidado médico, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están en el final de su vida para ayudarlas a sentirse cómodas y que no sientan dolor. También disponemos de servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	Obligatoria
Enfermería especializada e intermitente	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo, o si la necesita de manera regular	Obligatoria

Servicio	Descripción	Autorización previa
Equipos y suministros médicos	<p>El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico se utiliza reiteradamente; por ejemplo, sillas de ruedas, férulas, andadores y otros artículos.</p> <p>Los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen elementos que se utilizan y luego se descartan, como vendajes, guantes y otros artículos.</p>	Obligatoria
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar medicamentos si no puede tomarlos por su cuenta	Obligatoria
Gestión de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando	Obligatoria
Asesoramiento nutricional/ servicios de reducción de riesgos	Capacitación y apoyo para usted y su familia o su cuidador sobre su alimentación y los alimentos que debe consumir para mantenerse sano	Obligatoria
Servicios en centros de enfermería	Los servicios en centros de enfermería incluyen supervisión médica, cuidado de enfermería las 24 horas, ayuda con las actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional y ayuda con patologías del habla y del lenguaje	Obligatoria
Cuidado personal	<p>Estos son servicios prestados en el hogar para ayudarlo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Higiene personal 	Obligatoria

Servicio	Descripción	Autorización previa
Sistemas de respuesta personal ante emergencias (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted que le permite llamar en caso de emergencia en cualquier momento	Obligatoria
Cuidado de relevo	Este servicio les permite a sus cuidadores tomarse un breve descanso. Puede usar este servicio en su casa, una residencia de vida asistida o un asilo de ancianos.	Obligatoria
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan con las actividades de la vida cotidiana, como escribir, alimentarse y usar los elementos de la casa.	Obligatoria
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para fortalecer el cuerpo y sentirse mejor luego de sufrir una lesión, enfermedad o afección	Obligatoria
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que lo ayudan a respirar mejor	Obligatoria
Terapia del habla	La terapia del habla incluye servicios y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar	Obligatoria
Transporte	Servicio de transporte desde y hacia todos sus servicios del programa LTC. Se pueden utilizar el autobús, una furgoneta que pueda trasladar a personas discapacitadas, un taxi u otros tipos de vehículos.	No obligatoria

Opción de dirección del participante de Long-term Care

Puede que le ofrezcan la opción de dirección del participante (PDO). Puede usar la PDO si utiliza cualquiera de los siguientes servicios y vive en su casa:

- Servicios de cuidado de asistentes
- Servicios domésticos
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de cuidado de acompañante para adultos
- Servicios de cuidado de enfermería especializada e intermitente

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que usted puede elegir un proveedor de servicio, y cómo y cuándo recibir el servicio. Debe contratar, capacitar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

Puede contratar a familiares, vecinos o amigos. Trabjará junto con su administrador de casos, que lo ayudará con la PDO.

Si le interesa esta opción, solicite más detalles a su administrador de casos. También puede solicitar una copia de las pautas de la PDO para leerlas y que lo ayuden a decidir si esta opción es la adecuada para usted.

Los beneficios de su plan: beneficios adicionales de LTC

Los beneficios adicionales son bienes o servicios adicionales que proporcionamos para usted sin cargo. Comuníquese con su administrador de casos sobre cómo obtener los beneficios adicionales.

Servicio	Descripción	Cobertura/restricciones	Autorización previa
Reserva de camas en residencias de vida asistida y residencias de cuidado familiar para adultos	Pagaremos para reservarle una cama cuando sea ingresado en el hospital si vive en una residencia de vida asistida o en una residencia de cuidado familiar para adultos de la red.	<p>Hasta 30 días para adultos mayores de 18 años. El afiliado debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer en el centro por al menos 30 días entre episodios • Planificar el regreso al centro y continuar pagando todos los costos de habitación y comida, o los costos correspondientes a la responsabilidad del paciente <p>Los proveedores deben notificar a Simply en el plazo de las 48 horas a partir de que el afiliado se va del centro para ser elegible para el pago.</p>	No obligatoria
Apoyo de reintegración en la comunidad	Hasta \$5,000 por afiliado para pagar costos de mudanza, depósitos de seguridad y servicios, y muebles para la casa	Máximo de \$5,000 por afiliado, una vez en la vida, para adultos mayores de 18 años	Obligatoria

Servicio	Descripción	Cobertura/restricciones	Autorización previa
Sesiones de terapia individual para cuidadores	Servicios terapéuticos del comportamiento para cuidadores	Límite de cuatro unidades de servicio por día para un máximo de 12 días por año, para adultos mayores de 18 años. Una unidad de servicio equivale a 15 minutos.	Obligatoria
Transporte que no sea de emergencia (motivos no médicos)	Los afiliados elegibles obtendrán traslados adicionales a citas que no sean de proveedores para ayudarlos a mantenerse activos en la comunidad.	Para afiliados mayores de 18 años. Límite de cuatro traslados de ida por afiliado, por mes. Máximo de 48 traslados de ida por afiliado, por año. Hasta 25 millas cubiertas por tramo entre paradas.	No obligatoria

Sección 15: Satisfacción del afiliado

Reclamos, quejas y apelaciones ante el plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con el cuidado que recibe de nuestros proveedores. Si, en algún momento, no está satisfecho con nosotros o cualquiera de nuestros proveedores, avísenos de inmediato. Esto incluye no estar de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar un reclamo .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamarnos en cualquier momento. <p>Llame al 1-844-406-2396 para MMA o al 1-877-440-3738 para LTC.</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentaremos resolver el asunto en el plazo de 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. Llamarnos para solicitarnos que nos tomemos más tiempo para resolver su queja si considera que podría beneficiarse de más tiempo. <p>Grievance & Appeals Coordinator Simply Healthcare Plans 4200 W. Cypress St., Suite 900 Tampa, FL 33607</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con la decisión que tomamos en el plazo de los 90 días. <p>Si necesitáramos más información para resolver su queja, haremos lo siguiente:</p>

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
	<p>Teléfono: 1-877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711) Fax: 1-866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta con el motivo de la extensión y le informaremos acerca de sus derechos si no está de acuerdo.
<p>Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos acerca de sus servicios, puede solicitar una apelación.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribimos, o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito, en el plazo de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicitar la continuidad de los servicios en el plazo de los 10 días de recibir nuestra carta si fuera necesario. Se pueden aplicar ciertas reglas. <p>Grievance & Appeals Coordinator Simply Healthcare Plans 4200 W. Cypress St., Suite 900 Tampa, FL 33607 Teléfono: 1-877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711) Fax: 1-866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta en el plazo de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Lo ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta en el plazo de los 30 días para darle una respuesta.
<p>Si considera que esperar 30 días puede representar un riesgo para su salud, puede solicitar una apelación acelerada o rápida.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribimos o llamarnos en el plazo de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. <p>Grievance & Appeals Coordinator Simply Healthcare Plans 4200 W. Cypress St., Suite 900 Tampa, FL 33607 Teléfono: 1-877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711) Fax: 1-866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta en el plazo de las 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesite una apelación rápida y le enviaremos una carta en el plazo de los 2 días.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agency for Health Care Administration. • Solicitarnos una copia de su historia clínica. • Solicitar la continuidad de los servicios en el plazo de los 10 días de recibir nuestra carta si fuera necesario. Se pueden aplicar ciertas reglas. <p><i>**Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.</i></p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarle transporte a la audiencia imparcial de Medicaid si fuera necesario. • Continuaremos los servicios si el estado está de acuerdo con usted. <p>Si usted continuó recibiendo los servicios, podemos solicitarle que pague el costo de los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida ante el plan

Si rechazamos su solicitud de una apelación rápida, transferiremos su apelación al plazo habitual de apelaciones de 30 días. Si no concuerda con nuestra decisión de no otorgarle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar una queja.

Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un aviso de resolución de la apelación ante el plan llamando o escribiendo a:

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

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

- Su nombre
- Su número de afiliado
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono al que puedan ubicarlo a usted o a su representante

También puede incluir lo siguiente si dispone de esta información:

- Una explicación de por qué cree que la decisión debe modificarse
- Toda información médica que sustente la solicitud

- A quién desea solicitarle ayuda con su audiencia imparcial

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

Si es afiliado de Title XXI MediKids, no se le permite solicitar una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión del estado (para afiliados de MediKids)

Cuando pide una revisión, un funcionario de audiencia que trabaja para el estado revisa la decisión que se tomó durante la apelación ante el plan. Puede solicitar una revisión del estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir nuestro aviso.

Antes debe completar el proceso de apelación. Puede solicitar una revisión del estado por teléfono o por escrito a:

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

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

Continuación de beneficios para afiliados de Medicaid

Si está recibiendo un servicio que se acotará, se suspenderá o se cancelará, tiene derecho a seguir recibéndolo hasta que se tome una decisión definitiva sobre su **apelación ante el plan o la audiencia imparcial de Medicaid**. Si continúa recibiendo los servicios, no habrá cambios en estos hasta que se tome una decisión definitiva.

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

Para continuar recibiendo los servicios durante la apelación o la audiencia imparcial, debe presentar su apelación y solicitar la continuidad de los servicios en cualquiera de los siguientes plazos que ocurra después:

- 10 días después de recibir un aviso de resolución de la apelación ante el plan (NPAR), o
- antes del primer día (o el mismo día) en el que sus servicios se acotarán, se suspenderán o se cancelarán

Sección 16: Sus derechos como afiliado

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

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que se respeten su dignidad y privacidad en todo momento.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas e inquietudes.
- Saber quién proporciona los servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
- Saber qué servicios están a disposición de los afiliados, incluido si hay un intérprete disponible en caso de que usted no hable inglés.
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su comportamiento.
- Recibir información sobre su diagnóstico, el tratamiento que necesita, las opciones de tratamiento disponibles, los riesgos y la manera en que estos tratamientos lo ayudarán.
- Rechazar cualquier tratamiento, excepto que la ley determine lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras maneras de pagar el costo del cuidado de su salud.
- Saber si el proveedor o el centro acepta la tarifa asignada de Medicare.
- Saber de antemano el costo de un servicio antes de recibirlo.
- Obtener una copia de una factura y obtener una explicación de los cargos.
- Recibir tratamiento médico o asistencia especial para personas con discapacidades, independientemente de la raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia médica que empeorará en caso de no recibirlo.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y aceptar o negarse a participar en dicha investigación.
- Presentar un reclamo si no se respetan sus derechos.
- Solicitar el punto de vista de otro doctor si no concuerda con el de su doctor actual (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su historia clínica y pedir que se modifiquen o corrijan datos si fuera necesario.
- Mantener la privacidad de su historia clínica y divulgarla solo cuando lo exige la ley o con su autorización.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones sobre el cuidado de su salud si no puede tomarlas usted mismo (directivas anticipadas).
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una decisión del plan sobre sus servicios.
- Presentar una apelación ante el plan sobre sus servicios.

- Recibir servicios de un proveedor que no forme parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que pertenezca a nuestro plan.
- Obtener información sobre nuestro plan, nuestros servicios, profesionales y proveedores, y sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- Participar en la toma de decisiones junto con los proveedores acerca del cuidado de su salud.
- Tener una conversación honesta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o necesarias por motivos médicos para sus afecciones, sin importar la cobertura del costo o beneficio.
- Presentar reclamos o apelaciones sobre el plan o el cuidado que proporciona.
- Sugerir cambios a los derechos y las responsabilidades de los afiliados del plan.

Los afiliados de LTC tienen el derecho a:

- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que se utilice como método de coacción, sanción, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un entorno que tenga las mismas comodidades que un hogar, independientemente de dónde resida.
- Recibir información sobre cómo involucrarse en su comunidad, establecer objetivos personales y cómo participar del proceso.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo puede obtener los servicios que necesita.
- Poder participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o beneficio.
- Elegir los programas en los que desea participar y los proveedores que lo atenderán.

Sección 17: Sus responsabilidades como afiliado

Como beneficiario de Medicaid y afiliado a un plan, también tiene determinadas responsabilidades. Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Brindar información precisa sobre su salud al plan y a los proveedores.
- Informar a su proveedor sobre cualquier cambio inesperado en su afección de salud.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que entiende un plan de acción y lo que se espera que usted haga.
- Escuchar a su proveedor, seguir las indicaciones y hacer preguntas.
- Asistir a sus citas o notificar a su proveedor si no podrá asistir.
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las indicaciones del proveedor de cuidado de la salud.
- Asegurarse de que se efectúe el pago por los servicios no cubiertos que reciba.

- Respetar las reglas y reglamentaciones relativas a la conducta del centro de cuidado de la salud.
- Tratar al personal de cuidado de la salud con respeto.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado de la salud.
- Acudir a la sala de emergencias solo en casos de emergencia.
- Notificar a su administrador de casos si cambia su información personal (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y recurrir a este plan si fuera necesario por su seguridad.
- Denunciar fraude, maltrato o pagos en exceso.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el establecimiento de los objetivos del tratamiento con sus proveedores.

Los afiliados de LTC tienen la responsabilidad de:

- Avisarle a su administrador de casos si desea cancelar la inscripción al programa Long-term Care.
- Participar en la evaluación individual anual, las visitas individuales trimestrales y las llamadas mensuales con su administrador de casos, y estar de acuerdo con ellas.

Sección 18: Otra información importante

Responsabilidad del paciente

Usted debe pagar la **responsabilidad del paciente** cuando resida en un centro de salud, como una residencia de vida asistida o una residencia de cuidado familiar para adultos. La responsabilidad del paciente es la parte que usted debe pagar para cubrir el costo de su cuidado. El DCF le dirá cuál es el monto correspondiente a su responsabilidad. La responsabilidad del paciente se determina en función de sus ingresos y se modificará si sus ingresos cambian.

Plan de emergencia ante desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse a usted y proteger a su familia, es importante que esté preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Mantenerse informado, 2) Elaborar un plan y 3) Obtener un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia ante desastres, llame a Servicios para Afiliados o hable con su administrador de casos. La Florida Division of Emergency Management también puede ayudarlo con su plan. Para comunicarse con ellos, llame al 1-850-413-9969 o visite su sitio web: www.floridadisaster.org.

Fraude, maltrato y pagos en exceso en el programa de Medicaid

Para denunciar un supuesto caso de fraude o maltrato en Florida Medicaid, llame a la línea directa gratuita para reclamos del consumidor al 1-888-419-3456 o complete un formulario de fraude o maltrato de Medicaid, disponible en el siguiente sitio web:

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

También puede denunciar fraude y maltrato ante nosotros directamente al comunicarse con la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU). Llame al 1-844-406-2396 (MMA) o al 1-877-440-3738 (LTC). Cuando llame, pida hablar con la SIU. También puede enviar su denuncia por correo electrónico a SIU@simplyhealthcareplans.com. Brinde la mayor cantidad de información posible.

Maltrato, negligencia y explotación de personas

No debe recibir malos tratos en ningún momento. No está bien que alguien lo golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o el administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que lo han maltratado o descuidado, puede llamar a la línea directa de maltrato al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873); TTY/TDD al 1-800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe que otra persona está recibiendo malos tratos.

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

- Si está herido, llame a su PCP.
- Si necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano. Para obtener más información, consulte la sección CUIDADO DE EMERGENCIA.
- Tenga un plan para ir a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar).
- Arme un bolso pequeño y entrégueselo a un amigo para que se lo guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la National Domestic Violence Hotline (Línea Nacional contra la Violencia Doméstica) de manera gratuita al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

Directivas anticipadas

Las **directivas anticipadas** son declaraciones escritas u orales sobre cómo quiere que se tomen las decisiones sobre el cuidado de su salud si no puede tomarlas usted mismo. Algunas personas preparan directivas anticipadas cuando están muy enfermas o cuando llegan al final de su vida. Otras lo hacen cuando están sanas. Puede cambiar de idea y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a entender o conseguir estos documentos. Estos no cambian su derecho a obtener beneficios de cuidado de la salud de calidad. El único objetivo es que otros sepan qué es lo que quiere si no puede hablar por usted mismo.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 79

1. Testamento en vida
2. Poder notarial para asuntos médicos
3. Una donación de órganos o tejidos (anatómica)

Puede obtener un formulario de directivas anticipadas en el siguiente sitio web:
<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>.

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

Si se produce algún cambio en la ley sobre las directivas anticipadas, se lo haremos saber en un plazo de 90 días. No es necesario que prepare directivas anticipadas si no lo desea.

Si su proveedor no está respetando sus directivas anticipadas, puede presentar un reclamo ante Servicios para Afiliados llamando al 1-844-406-2396 (MMA) o al 1-877-440-3738 (LTC); o bien ante la Agencia, al 1-888-419-3456.

Si desea más información

Usted tiene el derecho a solicitar información. Llame a Servicios para Afiliados o hable con su administrador de casos sobre qué tipo de información puede recibir sin costo. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Su registro de afiliado
- Una descripción de cómo operamos
- www.FloridaHealthFinder.gov, donde puede obtener información sobre las valoraciones de desempeño de calidad de Simply y más. Para obtener más información, consulte la siguiente sección.

Sección 19: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia se compromete a cumplir su objetivo de “un mejor cuidado de la salud para todos los habitantes de Florida”. Por eso, creó el sitio web www.FloridaHealthFinder.gov, donde puede obtener información sobre agencias de salud a domicilio, asilos de ancianos, residencias de vida asistida, centros de cirugía ambulatoria y hospitales de Florida. En este sitio web, puede encontrar la siguiente información:

- Información sobre actualizaciones de licencia
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Mediciones de desempeño
- Folletos con información para el consumidor

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 80

- Testamentos en vida
- Valoraciones de desempeño de calidad, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción del afiliado

La Agencia recopila información de todos los planes sobre distintas mediciones de desempeño en relación con la calidad del cuidado proporcionado por los planes. Las mediciones les permiten a las personas determinar en qué medida los planes satisfacen las necesidades de los afiliados. Para ver los informes de los planes, visite <http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. Puede optar por ver la información de cada plan por separado o de todos los planes juntos.

Unidad de Vivienda para Ancianos

La Unidad de Vivienda para Ancianos proporciona información y asistencia técnica a los ancianos y los líderes de la comunidad sobre opciones de vivienda y residencia de vida asistida asequibles. El sitio web del Florida Department of Elder Affairs, <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/housing.php>, contiene información sobre residencia de vida asistida, residencias familiares para adultos, centros de día para adultos y asilos de ancianos, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

Información sobre MediKids

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

Centro de recursos para ancianos y discapacitados

También puede llamar al Centro de Recursos para Ancianos y Discapacitados para obtener más información y asistencia sobre recursos estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de crímenes, planificación de ingresos u oportunidades educativas.

Programa de apoyo independiente para consumidores

El Florida Department of Elder Affairs también ofrece el Independent Consumer Support Program (Programa de apoyo independiente para consumidores) (ICSP). El ICSP funciona en conjunto con el Statewide Long-term Care Ombudsman Program (Programa estatal de defensores para el cuidado a largo plazo), el ADRC y la Agencia para asegurarse de que los afiliados de LTC tengan muchas maneras de recibir la información y la ayuda que necesitan. Para obtener más información, llame a la línea de ayuda para ancianos al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/smmcltc.php>.

Do you need help with your health care, talking with us, or reading what we send you? Call us toll free at 1-844-406-2396 (TTY 711) for Managed Medical Assistance (MMA) or 1-877-440-3738 (TTY 711) for Long-Term Care (LTC) to get this for free in other languages or formats.

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Llámenos a la línea gratuita al 1-844-406-2396 (TTY 711) para MMA o 1-877-440-3738 (TTY 711) para LTC para recibir esto gratuitamente en otros idiomas o formatos.

Èske ou bezwen èd ak swen sante ou, èd pou pale ak nou, oswa pou li sa nou voye ba ou? Rele nou gratis nan 1-844-406-2396 (TTY 711) pou MMA oswa 1-877-440-3738 (TTY 711) pou LTC pou w jwenn sa gratis nan lòt lang oswa nan lòt fòm.

Vous avez besoin d'aide pour vos soins de santé, pour communiquer avec nous ou pour lire les documents que nous vous envoyons ? Appelez-nous à notre numéro gratuit 1-844-406-2396 (TTY 711) pour MMA ou 1-877-440-3738 (TTY 711) pour LTC afin d'obtenir ceci gratuitement dans d'autres langues ou formats.

Ha bisogno di supporto con l'assistenza sanitaria, per parlare con noi oppure leggere ciò che le abbiamo inviato? Ci contatti al numero gratuito 1-844-406-2396 (TTY 711) per MMA o 1-877-440-3738 (TTY 711) per LTC per ottenere supporto senza costi aggiuntivi in altre lingue o formati.

Вам нужна помощь с медицинским обслуживанием, консультацией или материалами, которые мы вам прислали? Позвоните нам по бесплатному номеру 1-844-406-2396 (TTY 711) в случае MMA или 1-877-440-3738 (TTY 711) в случае LTC, чтобы получить эти материалы на другом языке или в другом формате.

Aviso de no discriminación

Simply Healthcare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Esto quiere decir que usted no será objeto de exclusión o trato diferente por alguno de estos motivos.

La comunicación con usted es importante

Ofrecemos los siguientes servicios a las personas con discapacidades o que no hablen inglés, sin costo para usted:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Materiales por escrito en formato electrónico, letra grande, audio y otros
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales por escrito en su idioma

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en su tarjeta de identificación. O bien, puede llamar a nuestro Coordinador de quejas al 1-877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711).

Sus derechos

¿Cree que lo (la) hemos discriminado por alguno de los motivos señalados o que no recibió estos servicios? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede hacerlo por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator	Teléfono: 1-877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711)
Simply Healthcare Plans	Fax: 1-866-216-3482
4200 W. Cypress St.	Correo electrónico:
Suite 900	fmedicaidgrievances@simplyhealthcareplans.com
Tampa, FL 33607	

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a nuestro Coordinador de quejas al número indicado. También puede presentar un reclamo por derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- **En internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario para presentar reclamos, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SFL-MEM-0125-18

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Afiliados al 1-844-406-2396 para Managed Medical Assistance (MMA) o al 1-877-440-3738 para Long-Term Care (LTC) (TTY al 711). 84