



CLEAR
HEALTH ALLIANCE

Offered by  Simply
healthcare

Manual del afiliado de Florida Medicaid

Clear Health Alliance

1-844-406-2398 (TTY 711)
www.clearhealthalliance.com/member

MANUAL DEL AFILIADO DE CLEAR HEALTH ALLIANCE
FLORIDA MEDICAID



Offered by  **Simply**
healthcare

1-844-406-2398 (TTY 711)

www.clearhealthalliance.com/member

"If you do not speak English, call us at 1-844-406-2398 (TTY 711). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language."

Spanish: **Si usted no habla inglés**, llámenos al 1-844-406-2398 (TTY 711). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: **Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 1-844-406-2398 (ATS 711). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: **Si ou pa pale lang Anglè**, rele nou nan 1-844-406-2398 (TTY 711). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Italian: **"Se non parli inglese** chiamaci al 1-844-406-2398 (TTY 711). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua."

Russian: **«Если вы не разговариваете по-английски**, позвоните нам по номеру 1-844-406-2398 (TTY 711). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке».

Información de contacto importante

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Servicios para Afiliados/ 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas) | 1-844-406-2398 | Disponible las 24 horas |
| Servicios para Afiliados/ 24-hour Nurse HelpLine TTY | 711 | Disponible las 24 horas |
| Sitio web | www.clearhealthalliance.com/member | |
| Dirección | Clear Health Alliance 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 Broward, Miami-Dade y condados de Monroe: MCT Express 1-844-628-0388 Para afiliados de todos los otros condados: LogistiCare 1-877-779-8617 |
| Para obtener cuidado dental | Comuníquese directamente con su administrador de casos o al 1-844-406-2398 (TTY 711) para obtener ayuda 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 1-844-280-9633 www.beaconhealthoptions.com |
| Para obtener ayuda para controlar su afección crónica | Administración de casos y enfermedades/ coordinación de la atención de CHA 1-855-459-1566 |
| 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 o 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline |

| | |
|---|---|
| Para elegibilidad de Medicaid | 1-866-762-2237 TTY: 711 o 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/mpi-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.clearhealthalliance.com/member y utilice nuestra herramienta 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 1-844-406-2398. |
| En caso de emergencia | 9-1-1 O acuda a la sala de emergencias más cercana. |

Índice

| | |
|--|-----------|
| Información de contacto importante | 3 |
| Le damos la bienvenida al Statewide Medicaid Managed Care Plan de Clear Health Alliance | 7 |
| Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación) | 8 |
| Sección 2: Su privacidad | 8 |
| Sección 3: Obtener ayuda del Departamento de Servicios para Afiliados | 13 |
| Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados | 13 |
| Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados fuera del horario de atención | 13 |
| Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse? | 14 |
| Sección 5: Si su información cambia | 14 |
| Sección 6: Su elegibilidad de Medicaid | 14 |
| Si pierde su elegibilidad de Medicaid | 15 |
| Si tiene Medicare | 15 |
| Si está embarazada | 15 |
| Sección 7: Inscripción en nuestro plan | 15 |
| Inscripción abierta | 16 |
| Sección 8: Dejar nuestro plan (cancelación de inscripción) | 16 |
| Quitarlo de nuestro plan (cancelación de inscripción involuntaria) | 17 |
| Sección 9: Administración de su cuidado | 17 |
| Cambiar de administrador de casos | 17 |
| Aspectos importantes que debe mencionar a su administrador de casos | 17 |
| Sección 10: Acceso a servicios | 18 |
| Proveedores de nuestro plan | 18 |
| Proveedores que no son de nuestro plan | 18 |
| ¿Qué servicios debo pagar? | 19 |
| Servicios para niños ³ | 19 |
| Objeciones por motivos religiosos o morales | 19 |
| Sección 11: Información útil sobre sus beneficios | 19 |
| Elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) | 19 |
| Elegir un PCP para su hijo | 20 |
| Atención y referidos de especialistas | 20 |
| Segundas opiniones | 20 |

| | |
|--|-----------|
| Cuidado de urgencia | 21 |
| Cuidado hospitalario | 21 |
| Cuidado de emergencia | 21 |
| Cómo abastecer recetas | 22 |
| Servicios de salud del comportamiento | 23 |
| Programas de recompensas para afiliados..... | 24 |
| Programas de administración de enfermedades..... | 25 |
| Programas de mejora de la calidad | 26 |
| Sección 12: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada..... | 32 |
| Los beneficios de su plan: Beneficios adicionales | 51 |
| Sección 13: Satisfacción del afiliado..... | 62 |
| Reclamos, quejas y apelaciones ante el plan | 62 |
| Apelación rápida ante el plan..... | 64 |
| Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid) | 64 |
| Continuación de beneficios para afiliados de Medicaid | 65 |
| Sección 14: Sus derechos como afiliado..... | 65 |
| Sección 15: Sus responsabilidades como afiliado | 67 |
| Sección 16: Otra información importante | 67 |
| Responsabilidad del paciente | 67 |
| Plan de emergencia ante desastres..... | 68 |
| Fraude, maltrato y pagos en exceso en el programa de Medicaid..... | 68 |
| Maltrato, negligencia y explotación de personas | 68 |
| Directivas anticipadas | 69 |
| Si desea más información..... | 69 |
| Sección 17: Recursos adicionales..... | 70 |
| Floridahealthfinder.gov | 70 |
| Aviso de no discriminación..... | 73 |

Le damos la bienvenida al Statewide Medicaid Managed Care Plan de Clear Health Alliance

Clear Health Alliance 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 de **programa de Statewide Medicaid Managed Care (SMMC)**. Usted está inscripto en nuestro plan SMMC. 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 tiene una determinada afección de salud, como SIDA, puede recibir cuidados diseñados para satisfacer sus necesidades con un plan de **especialidad**.

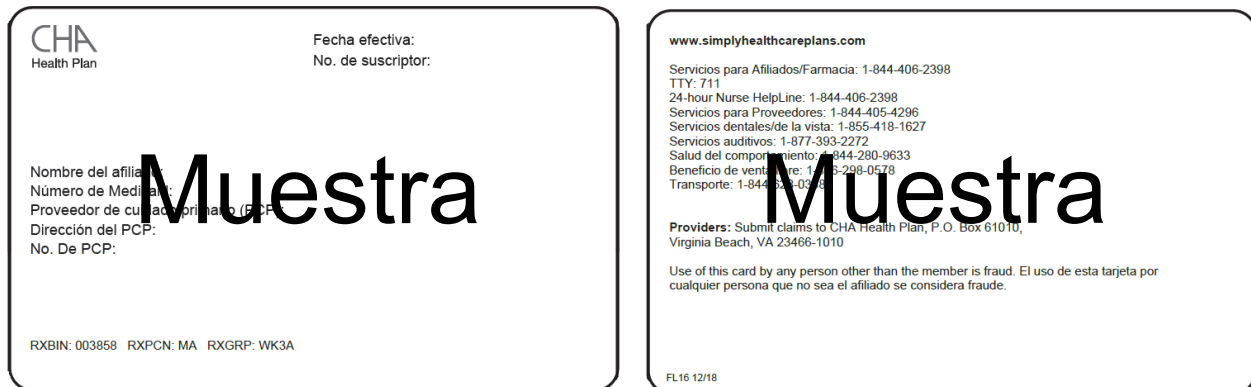
Este manual será su guía para todos los servicios de cuidado de la salud disponibles para usted. Puede hacernos todas las preguntas que tenga u obtener ayuda para concertar citas. Si tiene que comunicarse con nosotros, llámenos al 1-844-406-2398.

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.clearhealthalliance.com/member 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 **1-844-406-2398**. 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.clearhealthalliance.com/member.

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 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (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 1-844-406-2398. 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: 1-844-406-2398. 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 CHA pague por los servicios, debe contar con cobertura de Medicaid y estar inscripto 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 y 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 al DCF a la línea gratuita 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 inscrito 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).

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.

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.

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).

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 62.

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 intencionadamente
- Falsifica recetas
- Usted o sus cuidadores se comportan de modo tal que nos dificulta proporcionarle cuidados

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 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 debamos 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
- 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 1-844-406-2398 o visite nuestro sitio web, www.clearhealthalliance.com/member.

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.

¿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; o
- 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. 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.

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

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.

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.

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.

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.

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 1-844-406-2398. 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.clearhealthalliance.com/member. 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, que 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.clearhealthalliance.com/member, 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

CHA 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, CHA 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
- 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 CHA. 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 1-844-406-2398 o a Beacon Health Options al 1-844-280-9633
- Consulte nuestro directorio de proveedores
- Ingrese en nuestro sitio web, www.clearhealthalliance.com/member, 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 1-844-406-2398.

Programas de administración de enfermedades

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
- VIH/SIDA
- Trastorno bipolar
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad coronaria (CAD)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Trastorno depresivo grave — adultos
- Trastorno depresivo grave — niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Trastorno por abuso de sustancias

Si tiene VIH/SIDA, se le pedirá que se inscriba en el Programa de administración de casos y enfermedades de VIH/SIDA de CHA. Su administrador de casos de CHA trabajará con usted para administrar su enfermedad y cualquier otra afección que tenga. Puede optar por no participar en este programa y, en su lugar, inscribirse en otro programa de administración de enfermedades. O bien, puede elegir recibir coordinación de cuidados según sus necesidades. En algunos casos, tales como el embarazo, su administrador de casos trabajará con otro administrador de casos mientras usted esté en otro programa especializado. Así nos aseguraremos de que reciba el mejor cuidado posible.

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.

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 CARES de CHA 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 CHA. 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 Families/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 5 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 1-844-406-2398 (TTY al 711); siga las indicaciones para hablar con nuestra 24-hour Nurse HelpLine (Línea de ayuda de enfermería de 24 horas)
- 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

CHA 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, CHA 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 CHA 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. CHA pone a su disposición administradores de casos que se especializan en el embarazo.

Programa Cuidando de mí y mi bebé

Nuestro programa para todas las afiliadas embarazadas se llama Cuidando de mí y mi bebé. 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

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 CHA, queremos brindarle el mejor cuidado durante el embarazo. Por eso la invitamos a inscribirse en My Advocate®, que forma parte de nuestro programa Cuidando de mí y mi bebé. 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 de inmediato. Si no tiene un OB/GYN, podemos ayudarla a encontrar uno que pertenezca a la red de CHA. 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 CHA 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 Cuidando de mí y mi bebé, 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.
- CHA 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 CHA 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.
- CHA le enviará el paquete de información posparto de Cuidando de mí y mi bebé. 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 OB/GYN 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 OB/GYN 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

CHA 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
- 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 5 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.

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

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 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 1-844-406-2398 (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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|---|
| Servicios de evaluación de salud del comportamiento | Servicios para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de la salud del comportamiento | Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - 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 |
| 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 Early Steps del DOH | 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|---|---|--------------------------------|
| 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos | El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza 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 1-844-406-2398 (TTY 711) para obtener más información. | Obligatoria |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|---|
| 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 |
| Servicios de terapia familiar | Servicios de sesiones terapéuticas para familias con un profesional de la salud mental | Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> - 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|-----------------------------|--|--|---|
| 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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 | Obligatoria para implantes cocleares y audífonos que se fijan en el hueso |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|---|--------------------------------|
| 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: - 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|---|--|
| 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|---|---|--------------------------------|
| 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) y 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. Llame al 1-844-406-2398 (TTY 711) para obtener más información. |
| Servicios de enfermería privada | Servicios de enfermería prestados a domicilio para personas entre 0 y 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 |
| Servicios de terapia del habla y del lenguaje | Servicios que incluyen pruebas y tratamientos para ayudarlo a hablar o tragar mejor | Cubrimos los siguientes servicios para niños entre 0-20 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación | Obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|---|--------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | |
| 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|---|---|--|
| 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|--|--------------------------------|
| 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. Los afiliados reciben minutos gratis para llamadas entrantes y salientes de Servicios para Afiliados. | 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 de bienestar en línea de CHA 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 - Dos cables de TENS — máximo de 1 por mes | Obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Cuatro cables de TENS — máximo de 2 por mes - 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>Proporcionamos cobertura para afiliados mayores de 18 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos comidas por día por siete días <p>Debe ser después de una hospitalización quirúrgica de tres días o más.</p> | Obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|---|--------------------------------|
| 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 |
| 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 y/o drogas | Proporcionamos cobertura a afiliados mayores de 21 por hasta 8 semanas. Esto incluye servicios para: - 3 horas por día - 3 días a la semana Con un límite total de 9 horas por semana. Medicaid cubre estos servicios para afiliados elegibles. Ofrecemos este 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 | Cubrimos dos horas de terapia para afiliados elegibles mayores de 21 años que tengan dolor reumático y osteomuscular. | Obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|--------------------------------|
| 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 día | Obligatoria |
| Circuncisión para recién nacidos | La extirpación quirúrgica de la piel que cubre la punta del pene de los niños recién nacidos. | Cubrimos una circuncisión como un beneficio único para recién nacidos en el plazo de los primeros 28 días después del nacimiento. | No obligatoria |
| Asesoramiento nutricional | Visitas de un nutricionista para ayudar con un plan de alimentación y hábitos alimenticios saludables. | Cubrimos 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: - 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. | No obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|---|--|
| 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 |
| 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 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. | 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) | Obligatoria solo para el sacaleches en el hospital; no obligatoria para los demás beneficios mencionados |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | |
| Servicios de consulta de cuidado primario para adultos | Visitas con un proveedor de cuidado primario (PCP) para estar o mantenerse sano | Ofrecemos visitas ilimitadas para afiliados mayores de 21 años | No obligatoria |
| Suministros respiratorios | Suministros para mejorar la capacidad respiratoria y para abrir las vías respiratorias | Ofrecemos suministros para afiliados elegibles mayores de 21 años | Obligatoria |
| Terapia respiratoria | Terapia para ayudarlo a respirar mejor o tratamientos para una afección respiratoria | <p>Ofrecemos estos servicios 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 elegibles. Ofrecemos estos beneficios adicionales solo después de que haya utilizado sus beneficios de Medicaid.</p> | No obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---|--|--|--------------------------------|
| 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 servicios 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 |
| 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 |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|--|--|--|---|
| Vacuna — hepatitis B | Vacuna para evitar el contagio de la hepatitis B | Son elegibles todos los afiliados mayores de 21 años que no hayan recibido la vacuna. | Obligatoria |
| Vacuna — virus del papiloma humano (HPV) | Vacuna para evitar el contagio de HPV | Son elegibles todos los afiliados entre 21 y 26 años que no hayan recibido la vacuna. | Obligatoria |
| Vacuna — gripe (influenza) | Vacuna para evitar el contagio de la gripe | Para todos los afiliados mayores de 21 años | No obligatoria |
| Vacuna — anti-meningocócica | Vacuna para evitar el contagio de la meningitis | Todos los afiliados mayores de 21 años que no hayan recibido la vacuna son elegibles para recibir dos dosis iniciales con al menos dos meses de diferencia y para recibir otra dosis cada cinco años. | Obligatoria |
| Vacuna — neumonía (anti-neumocócica) | Vacuna para evitar el contagio de la neumonía | Para todos los afiliados mayores de 21 años | Obligatoria para los afiliados entre 19-64 años |
| Vacuna — TDaP | Vacuna para evitar el contagio del tétano, de la difteria y de la tosferina (TDaP) | Un refuerzo de TDaP una vez en la vida para todos los afiliados mayores de 21 años y una vacuna por embarazo para afiliadas que están embarazadas. | No obligatoria |
| Servicios oftalmológicos | Examen ocular y anteojos o lentes de contacto | Ofrecemos estos servicios 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 | No obligatoria |

| Servicio | Descripción | Cobertura/ restricciones | Autorización previa |
|---------------------|---|---|------------------------|
| | | Medicaid cubre servicios oftalmológicos para afiliados elegibles. | |
| Exención de copagos | <p>No se aplica ningún copago a los siguientes servicios:</p> <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: 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>Llamar al 1-844-406-2398.</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"> • Escribimos 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 and Appeals Coordinator CHA Health Plan 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"> • 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> <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. |
| Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos acerca de sus servicios, puede solicitar una apelación | <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. | <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. |

| | Qué puede hacer: | Qué haremos nosotros: |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 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 and Appeals Coordinator CHA Health Plan 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> | <ul style="list-style-type: none"> • 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 and Appeals Coordinator CHA Health Plan 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.

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 14: 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

Sección 15: 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 afiliado 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

Sección 16: 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 y/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/mpj-complaintform>

También puede denunciar fraude y maltrato ante nosotros directamente al comunicarse con la Unidad de Investigaciones Especiales. Llame al 1-844-406-2398. Cuando llame, solicite hablar con la Unidad de Investigaciones Especiales. 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.

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 1-844-406-2398 o 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 CHA y más. Para obtener más información, consulte la siguiente sección.

Sección 17: 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
- 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 residencias 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.

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.

Do you need help with your health care, talking with us, or reading what we send you? Call us toll free at 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (TTY 711) 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 1-844-406-2398 (TTY 711) чтобы получить эти материалы на другом языке или в другом формате.

Aviso de no discriminación

Clear Health Alliance 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.

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) |
| CHA Health Plan | Fax: 1-866-216-3482 |
| 4200 W. Cypress St., | Correo electrónico: |
| Suite 900 | flmedicaidgrievances@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/file/index.html.

CFL-MEM-0007-18