

Manual del Miembro de Medicaid 2024

Aprenda sobre sus beneficios de atención médica



[AetnaBetterHealth.com/Florida](https://www.aetna.com/betterhealth/florida)

2947700-FL



Aetna Better Health[®] of Florida

Información útil

Servicios para miembros de Medicaid

1-800-441-5501 (larga distancia gratuita)
las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Servicios para personas con dificultades de la audición y del habla (TTY)

Llame al **711**

Línea de enfermeros las 24 horas

1-800-441-5501 (larga distancia gratuita)
las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Salud conductual

1-844-513-4954

Dirección postal

Aetna Better Health of Florida
9675 NW 117th Ave, Suite 202
Miami, FL 33178

Servicio de intérprete

Tiene derecho a que alguien le ayude con cualquier dificultad de comunicación que pueda tener. No tiene costo para usted. Llame al **1-800-441-5501** (larga distancia gratuita).

Línea de ayuda de Florida Medicaid

1-877-711-3662

Departamento de Niños y Familias

Línea de información ACCESS

1-866-762-2237, TTY 711

Emergencia (24 horas)

Si tiene una afección que podría causar problemas de salud serios o incluso la muerte si no se trata de inmediato, llame al **911**.

Sitio web

[AetnaBetterHealth.com/Florida](https://www.AetnaBetterHealth.com/Florida)

Información personal

Mi PCP (proveedor de atención primaria)

Mi número de identificación de miembro

Número de teléfono de mi PCP

[AetnaBetterHealth.com/Florida](https://www.aetna.com/betterhealth/florida)

2947700-FL



Aetna Better Health® of Florida

MEDICAID DE FLORIDA
MANUAL PARA MIEMBROS

Aetna Better Health[®] of Florida

En vigencia a partir del 1 de enero de 2024



[AetnaBetterHealth.com/Florida](https://www.aetnabetterhealth.com/florida)

If you do not speak English, call us at 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Italian: Se non parli inglese chiamaci al 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Russian: Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке.

Vietnamese: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-441-5501 (MMA –Medicaid) or 1-844-645-7371 (LTC). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

Información de contacto importante

Línea de ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	1-800-441-5501 (MMA–Medicaid) o 1-844-645-7371 (LTC)	Disponible las 24 horas
TTY de la línea de ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	TTY: 711	Disponible las 24 horas
Sitio web	<u>AetnaBetterHealth.com/Florida</u>	
Dirección	Aetna Better Health of Florida 9675 NW 117 th Ave, Suite 202 Miami, FL 33178	

Servicios de transporte: que no sea de emergencia	ModivCare, anteriormente LogistiCare 1-866-799-4463 Where's my ride? Fuera del horario de atención 1-866-799-4464
Salud conductual	Póngase en contacto Departamento de Servicios para Miembros 1-800-441-5501
Dental	Póngase en contacto directamente con su administrador de casos, o llame al 1-800-441-5501 (MMA-Medicaid) o al 1-844-645-7371 (LTC) para recibir ayuda para coordinar estos servicios.
Para denunciar presuntos casos de abuso, negligencia, abandono, o explotación de niños o adultos vulnerables	Emergency Numbers: <ul style="list-style-type: none"> • Abuse Hotline: 1-800-962-2873 • Domestic Violence Hotline: 1-800-500-1119 • Suicide Prevention: 1-800-273-8255, call or text 988 <u>www.myflfamilies.com/services/contact-us</u>
Para obtener información sobre la elegibilidad para Medicaid	1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) <u>www.myflfamilies.com/medicaid</u>
Para informar fraude o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 <u>https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/</u>

Para presentar un reclamo sobre un centro de atención médica	1-888-419-3450 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	1-877-254-1055 239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar un reclamo sobre los servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para obtener información para personas mayores	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) www.elderaffairs.org/doea/arc.php
Para obtener información sobre violencia doméstica	1-800-799-7233 TTY: 1-800-787-3224 www.thehotline.org/
Para obtener información sobre los centros de salud en Florida	https://quality.healthfinder.fl.gov/
Para obtener información sobre atención de urgencia	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid) o al 1-844-645-7371 (LTC), (TTY: 711).
Por una emergencia	9-1-1 O bien, acuda a la sala de emergencias más cercana.

Índice

Bienvenido al Plan estatal de cuidado administrado de Medicaid de Aetna Better Health of Florida	6
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación)	6
Sección 2: Su privacidad	9
Sección 3: Obtenga ayuda de nuestro Departamento de Servicios para Miembros	13
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	13
Sección 5: Si cambian sus datos	14
Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid	14
Sección 7: Inscripción en nuestro plan	15
Sección 8: Cómo dejar nuestro plan (cancelación de su inscripción)	18
Sección 9: Administre su atención	19
Sección 10: Acceda a los servicios	20
Sección 11: Información útil sobre sus beneficios	23
Sección 12: Beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada	30
Sección 13: Información útil sobre el programa de atención a largo plazo (LTC)	59
Sección 14: Beneficios de su plan: servicios de atención a largo plazo	61
Sección 16: Sus derechos como miembro	73
Sección 17: Sus responsabilidades como miembro	74
Sección 18: Otra información importante	75
Sección 19: Recursos adicionales	78
Sección 20: Formularios	79
Testamento vital	80
Designación de sustituto de atención médica	82
Formulario uniforme de donante	83
Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas	84

Bienvenido al Plan estatal de cuidado administrado de Medicaid de Aetna Better Health of Florida

Aetna Better Health of Florida tiene un contrato con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (Agencia) para brindar servicios de atención médica a personas con Medicaid. Esto se denomina **Programa estatal de cuidado administrado de Medicaid (SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de atención médica para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Hay diversos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como consultas con el médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, por parte de un plan de **asistencia médica administrada (MMA)**. Si es un adulto mayor o tiene alguna discapacidad, puede recibir servicios en un centro de atención de enfermería, y servicios basados en el hogar y la comunidad en un plan de **atención a largo plazo (LTC)**. Si tiene una afección médica en particular, como SIDA, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades en un plan de **especialidad**.

Si su hijo está inscrito en el programa **MediKids** de KidCare de Florida, la mayoría de la información de este manual aplica a usted. De lo contrario, se lo informaremos.

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta o recibir ayuda para programar citas. Si necesita comunicarse con nosotros, solo llámenos al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC), (TTY: 711).


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

Usted debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Si no la recibió o si la información en ella es incorrecta, llámenos. Cada miembro de su familia inscrito en el plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Siempre lleve su tarjeta de identificación con usted y muéstrela cada vez que vaya a una cita de atención médica o al hospital. Nunca preste su tarjeta de identificación a nadie. Si se pierde o se la roban, llámenos para que podamos darle una nueva.


Su tarjeta de identificación se verá de esta manera:

Medicaid - MMA

**Aetna Better Health® of Florida
Medicaid** 

Name TOLSTON, LARA
Member ID # 1100292412 **DOB** 08/06/1931 **Sex** F
PCP DESANI, MANGUISH I
PCP Phone 1-708-652-2040 **Effective Date** 11/01/2013

.....
RxBIN: 610591 **RxPCN:** ADV **RxGRP:** RX8840

Pharmacist Use Only: **1-866-693-4445** 
AetnaBetterHealth.com/Florida

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEFLMMA1

Aetna Better Health of Florida
 9675 NW 117th Ave, Suite 202, Miami, FL 33178

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911. Keep this card with your State Medicaid Card. Show both cards every time you receive medical care.


Important numbers for members
 Member Services 1-800-441-5501 (FL Relay 711)
 24 Hour Nurse Line 1-800-441-5501

Important numbers for providers
 Authorization/Eligibility 1-800-441-5501
 Billing Information for Non-Contracted Providers 1-800-441-5501 (M-F, 8 am-7 pm)

Submit medical claims to Payer EDI: 128FL
 Aetna Better Health of Florida
 PO Box 982960
 El Paso, TX 79998-2960


FLMMA1

Medicaid – Atención integral a largo plazo

**Aetna Better Health® of Florida
Medicaid Comprehensive Long Term Care** 

Name TOLSTON, LARA
Member ID # 1100292412 **DOB** 08/06/1931 **Sex** F
PCP DESANI, MANGUISH I
PCP Phone 1-708-652-2040 **Effective Date** 11/01/2013

.....
RxBIN: 610591 **RxPCN:** ADV **RxGRP:** RX8840

Pharmacist Use Only: **1-866-693-4445** 
AetnaBetterHealth.com/Florida

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEFLTCT1

Aetna Better Health of Florida
 9675 NW 117th Ave, Suite 202, Miami, FL 33178

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911. Keep this card with your State Medicaid Card. Show both cards every time you receive medical care.


Important numbers for members
 Member Services 1-844-645-7371 (FL Relay 711)
 24 Hour Nurse Line 1-844-645-7371

Important numbers for providers
 Authorization/Eligibility 1-844-645-7371
 Billing Information for Non-Contracted Providers 1-844-645-7371 (M-F, 8 am-7 pm)

Submit medical claims to Payer EDI: 128FL
 Aetna Better Health of Florida
 PO Box 982960
 El Paso, TX 79998-2960


FLTCT1

MediKids

**Aetna Better Health® of Florida
Medicaid MediKids** 

Name ELFORD, DEON
Member ID # 1012520645 **DOB** 03/05/1955 **Sex** F
PCP DESANI, MANGUISH I
PCP Phone 1-708-652-2040 **Effective Date** 08/01/2013

.....
RxBIN: 610591 **RxPCN:** ADV **RxGRP:** RX8840

Pharmacist Use Only: **1-866-693-4445** 
AetnaBetterHealth.com/Florida

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEFLKDS1

Aetna Better Health of Florida
 9675 NW 117th Ave, Suite 202, Miami, FL 33178

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911. Keep this card with your State Medicaid Card. Show both cards every time you receive medical care.


Important numbers for members
 Member Services 1-800-441-5501 (FL Relay 711)
 24 Hour Nurse Line 1-800-441-5501

Important numbers for providers
 Authorization/Eligibility 1-800-441-5501
 Billing Information for Non-Contracted Providers 1-800-441-5501 (M-F, 8 am-7 pm)

Submit medical claims to Payer EDI: 128FL
 Aetna Better Health of Florida
 PO Box 982960
 El Paso, TX 79998-2960

FLKDS1

Doble elegibilidad


**Aetna Better Health® of Florida
Medicaid** 

Name ELFORD, DON **DOB** 03/05/1955 **Sex** F
Member ID # 1012520644 **Effective Date** 08/01/2013

.....

Copays PCP: \$0 **Spec:**\$0 **ER:** \$0 **UC:** \$0

RxBIN: 610591 **RxPCN:** ADV **RxGRP:** RX8840

Pharmacist Use Only: **1-866-693-4445** 

AetnaBetterHealth.com/Florida

THIS CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT. MEFLDUAI

Aetna Better Health of Florida
9675 NW 117th Ave, Suite 202, Miami, FL 33178

In case of an emergency go to the nearest emergency room or call 911. Keep this card with your State Medicaid Card. Show both cards every time you receive medical care.

Important numbers for members
Member Services 1-800-441-5501 (FL Relay 711)
24 Hour Nurse Line 1-800-441-5501

Important numbers for providers
Authorization/Eligibility 1-800-441-5501
Billing Information for Non-Contracted Providers 1-800-441-5501 (M-F, 8 am-7 pm)

Submit medical claims to Payer EDI: 128FL
Aetna Better Health of Florida
PO Box 982960
El Paso, TX 79998-2960

FLDUAI

Sección 2: Su privacidad

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

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestras políticas de privacidad y nuestras protecciones se enumeran a continuación:

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

¿A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”?¹

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Ayudar a cuidarlo: podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener como, por ejemplo, controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

Familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas le ayuden con su atención o le ayuden a pagar esa atención. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que nosotros necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si usted es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos permitidos por la ley estatal.

¹A los fines de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros”, “nos” y “nuestro/a” se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamaciones que incluya su información de salud. También podemos utilizar su información de salud para controlar la atención que le brinda su médico y podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

Atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Puede que un administrador de casos trabaje con su médico. Ellos pueden contarle sobre programas o lugares que pueden ayudarle con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, nosotros necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Información sobre raza/origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, su origen étnico, su idioma, su orientación sexual y su identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Elaborar materiales educativos sobre salud.
- Permitirles a los médicos conocer sus necesidades de idiomas.
- Abordar desigualdades en la atención médica.
- Indicarles los pronombres que usted prefiere a los médicos y al personal que interactúa con los miembros.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Determinar beneficios.
- Pagar reclamaciones.
- Determinar costos y elegibilidad para acceder a los beneficios.
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo.
- Decidir sobre la disponibilidad o el acceso a la atención médica o a los servicios administrativos.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. A esto lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, es posible que el transporte esté cubierto en el plan. Entonces, puede que compartamos la información con ellos para ayudarle a llegar al consultorio del médico. Les comunicaremos si usted está en una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un auto a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil. Amenazas a la salud pública.
- Investigación: a los investigadores, luego de tomar los recaudos necesarios para proteger su privacidad.
- Socios comerciales: a las personas que nos brindan servicios. Estas prometen mantener la seguridad de su información.
- Reglamentaciones para la industria: a las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: al personal del cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales.
- Acciones legales: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia
- Para la venta de su información de salud
- Por otros motivos requeridos por la ley

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomemos una decisión sobre brindarle un seguro de salud.

Cuáles son sus derechos

Usted tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Usted tiene derecho a obtener una lista de las personas o de los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Usted tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si usted considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Usted tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos y compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud del modo en que se describe en este aviso.
- Usted puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de ese modo. Eso incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Usted tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llame al número gratuito **1-844-645-7371** para Long Term Care (LTC) o **1-800-441-5501** para Medicaid (MMA), de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

Usted también tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si usted considera que se han infringido sus derechos, escribanos a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: **859-280-1272**

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para obtener la dirección al **1-844-645-7371** para Long Term Care o **1-800-441-5501** para Medicaid.

Si usted no está satisfecho y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, usted no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud sin importar el formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos las entradas a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear las entradas no autorizadas.
- Técnicos: el acceso a su información de salud es "basado en roles". Esto le permite tener acceso únicamente a aquellos que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que establece este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si realizamos cambios en este aviso, estos se aplicarán a toda la información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en AetnaBetterHealth.com/Florida.

Sección 3: Obtenga ayuda de nuestro Departamento de Servicios para Miembros

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

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros

Puede llamarnos al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711), de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., pero no en días festivos aprobados por el estado (como Navidad o Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener su tarjeta de identificación a manos para que podamos ayudarlo. (Si pierde su tarjeta de identificación o se la roban, llame al Departamento de Servicios para miembros).

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros después del horario de atención

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711). Nuestros enfermeros están disponibles para ayudarlo durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

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

Para personas con discapacidades: si utiliza una silla de ruedas, es ciego, o tiene problemas para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor es accesible en silla de ruedas o tiene dispositivos para comunicarse. Además, contamos con servicios como los siguientes:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para escuchar o hablar a realizar llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporciónenos nuestro número telefónico del Departamento de Servicios para Miembros. Es **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC), (TTY: 711). Lo conectarán con nosotros.

- Materiales e información en letra grande, formato de audio (sonido) y braille.
- Ayuda para concertar citas o llegar a ellas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Todos estos servicios se proporcionan sin cargo.

Sección 5: Si cambian sus datos

Si alguno de sus datos personales cambia, infórmenos tan pronto como sea posible. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de atención médica.

El Departamento de Niños y Familias (DCF) también necesita saber si cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame gratuitamente al DCF al **1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771)**, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:30 p. m. También puede ingresar a su sitio web en <https://myaccess.myflfamilies.com/> y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (ACCESS).

Si usted recibe ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI), también debe ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame gratuitamente a la SSA al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. También puede contactar a la oficina local de su Seguro Social o ingresar al sitio web <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do> para realizar cambios en su cuenta de Seguro Social.

Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid

Debe tener cobertura de Medicaid y estar inscrito en nuestro plan para que Aetna Better Health of Florida pague sus servicios de atención médica y sus citas de atención médica. Para que pueda asistir a sus citas de atención médica y para que Aetna Better Health of Florida pague por los servicios, usted tiene que estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan. Esto se denomina ser **elegible para Medicaid**. Si usted recibe SSI, reúne los requisitos para tener Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid en el DCF.

En ocasiones, puede haber cambios en su vida y estos pueden afectar su continuidad en Medicaid. Es muy importante asegurarse de que tiene cobertura de Medicaid antes de asistir a las citas. El hecho de que tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que todavía tenga cobertura de Medicaid. No se preocupe. Si considera que Medicaid ha cambiado o si tiene alguna duda con respecto a Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde la cobertura de Medicaid y la recupera dentro de los 180 días, será reincorporado a nuestro plan.

Si tiene Medicare

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

Si va a tener un bebé

Aetna Better Health® of Florida y ProgenyHealth® se han unido para ayudarlo a usted y a su bebé a sentirse mejor. Podemos ayudarla a usted y a su familia durante su embarazo y después del parto. Su administrador de casos puede ayudar con:

- Educación y apoyo
- Programar visitas al médico
- Hacer planes de atención
- Encontrar artículos y servicios gratuitos o de bajo costo

Para obtener más información, llame al **1-855-231-4730**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Su bebé estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que su bebé ha llegado y le ayudaremos a garantizar que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada antes de que nazca su bebé para asegurarse de que tenga Medicaid. Comuníquese con el DCF al número gratuito **1-866-762-2237** mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para comunicarse, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el momento de su nacimiento. Su bebé recibirá un número de Medicaid. Infórmenos sobre este número cuando lo reciba.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, tiene 120 días para probarlo. Si por alguna razón no está conforme, puede inscribirse en otro plan SMMC que se encuentre en esa misma región. Una vez que hayan pasado esos 120 días, estará inscrito en nuestro plan durante el resto del año. Esto se denomina estar **bloqueado** en un plan. En cada año que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días en los que podrá cambiar de plan si lo desea. Esto se conoce como **período de inscripción abierta**. Su período de inscripción abierta depende del lugar donde vive en Florida. El corredor de inscripciones del estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

No es necesario que cambie de plan durante el período de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro plan y se inscribe en uno nuevo, comenzará con este cuando finalice su período de inscripción abierta. Una vez que se ha inscrito en el plan nuevo, quedará bloqueado hasta su siguiente período de inscripción abierta. Puede comunicarse con el corredor de inscripciones al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)**.

Inscripción en el programa de atención a largo plazo de SMMC

El programa de atención a largo plazo (LTC) de SMMC brinda servicios en centros de atención de enfermería, y atención basada en el hogar y la comunidad a las personas mayores y a los adultos (a partir de los 18 años) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares y les ofrecen servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer, ayuda con las tareas domésticas y las compras, o supervisión.

Pagamos por los servicios que se proporcionan en un centro de atención de enfermería. Si reside de forma permanente en un centro de atención de enfermería de Medicaid, es probable que ya esté inscrito en el programa de LTC. Si usted no sabe o cree que no está inscrito en este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo.

El programa de LTC también brinda ayuda a las personas que viven en sus hogares. Sin embargo, el espacio para estos servicios domiciliarios es limitado; por eso antes de que pueda recibirlos, tiene que hablar con alguien que le preguntará acerca de su salud. Esto se denomina análisis de selección. Los Centros de Recursos para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades (ADRC) del Departamento de las Personas Mayores completan estos análisis de selección. Una vez finalizado el análisis de selección, el ADRC le notificará sobre su colocación en la lista de espera o le brindará una lista de recursos si no se lo colocó en la lista de espera. Si está en la lista de espera y hay un lugar disponible para usted en el programa de LTC, el programa de Evaluación y revisión integral para los servicios de atención a largo plazo (CARES) del Departamento de las Personas Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir los servicios del programa de LTC. Algunos inscritos no tienen que completar el análisis de selección o el proceso de lista de espera si cumplen con todas las otras calificaciones para elegibilidad del programa de LTC. Para obtener más información sobre las excepciones para el análisis de selección del programa de LTC, visite la página web de la agencia: https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml.

Por ejemplo:

1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años?
2. ¿Tiene alguna enfermedad o afección crónica debilitante en uno o más sistemas, ya sea fisiológico o de órganos?
3. ¿Necesita supervisión o intervención por parte de un médico, enfermero o profesional de la salud las 24 horas del día?

Si contestó «sí» en las tres opciones, puede contactarse con Aetna Better Health of Florida para solicitar una evaluación para el programa de LTC. Una vez que esté inscrito en el programa de LTC, nos aseguraremos de que siga reuniendo los requisitos para dicho programa todos los años.

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

AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRC)

<p>PSA 1</p> <p>Northwest Florida Area Agency on Aging, Inc. 5090 Commerce Park Cir. Pensacola, FL 32505 (850) 404-7101 www.nwflaaa.org</p>	<p>PSA 6</p> <p>Senior Connection Center, Inc 8928 Brittany Way Tampa, FL 33619 (813) 740-3888 www.seniorconnectioncenter.org</p>
<p>PSA 2</p> <p>Advantage Aging Solutions 2414 Mahan Dr. Tallahassee, FL 32308 (850) 488-0055 www.aaanf.org</p>	<p>PSA 7</p> <p>Senior Resource Alliance 3319 Maguire Blvd., Ste. 100 Orlando, FL 32803 (407) 514-1832 www.seniorresourcealliance.org</p>
<p>PSA 3</p> <p>Elder Options 100 S.W. 75th St., Ste. 301 Gainesville, FL 32607 (352) 378-6649 www.agingresources.org</p>	<p>PSA 8</p> <p>Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc. 2830 Winkler Ave, Ste. 112 Fort Myers, FL 33916 (239) 652-8900 www.aaaswfl.org</p>
<p>PSA 4</p> <p>Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida 10688 Old St. Augustine Rd. Jacksonville, FL 32257 (904) 391-6600 www.myeldersource.org</p>	<p>PSA 9</p> <p>Area Agency on Aging of Palm Beach/Treasure Coast, Inc. 4400 N. Congress Ave. West Palm Beach, FL 33407 (561) 684-5885 www.youragingresourcecenter.org</p>
<p>PSA 5</p> <p>Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc. 9549 Koger Blvd., Gadsden Bldg., Ste. 100 St. Petersburg, FL 33702 (727) 570-9696 www.agingcarefl.org</p>	<p>PSA 10</p> <p>Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc. 5300 Hiatus Rd. Sunrise, FL 33351 (954) 745-9567 www.adrcbroward.org</p>
	<p>PSA 11</p> <p>Alliance for Aging, Inc. 760 N.W. 107th Ave., Ste. 214, 2nd Floor Miami, FL 33172 (305) 670-6500 www.allianceforaging.org</p>

Sección 8: Cómo dejar nuestro plan (cancelación de su inscripción)

Dejar un plan significa que está **cancelando su inscripción**. Según la ley, las personas no pueden dejar un plan ni cambiarlo mientras estén bloqueadas, salvo si se trata de motivos específicos. Si desea dejar nuestro plan mientras está bloqueado, llame al corredor de inscripciones del estado para ver si pueden permitirle cambiar de plan.

Puede dejar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **cancelación de la inscripción por una causa**¹):

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas.
- Vive y obtiene servicios de atención a largo plazo de un centro de vida asistida, un hogar de cuidado familiar para adultos o un proveedor de un centro de atención de enfermería que ya no forman parte de nuestra red.

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

- Usted recibe atención de baja calidad y la Agencia está de acuerdo luego de haber revisado sus registros médicos.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero lo puede hacer a través de otro plan.
- Se retrasaron sus servicios sin una buena razón.

Si tiene preguntas sobre si puede cambiar de plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** o con el corredor de inscripciones del estado al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)**.

Eliminación de nuestro plan (cancelación involuntaria de la inscripción)

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

- Pierde la cobertura de Medicaid.
- Se muda fuera del área donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Usa, conscientemente, su tarjeta de identificación del plan de forma incorrecta o deja que otra persona la use.
- Falsifica o adultera recetas.

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

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

² Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 15, Satisfacción de los miembros, en la página 64.

- Usted o sus cuidadores se comportan de una forma que hace que sea difícil que le brindemos atención.
- Está inscrito en el programa de LTC y vive en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no son similares a un hogar y no se mudará a un centro que sí lo sea.³

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

Sección 9: Administre su atención

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

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

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

Cómo cambiar los administradores de casos

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

Aspectos importantes que debe contarle a su administrador de casos

Si cambia algo en su vida, o no desea un servicio o proveedor, infórmele a su administrador de casos. Debe ponerse en contacto con este si sucede lo siguiente:

- No desea un servicio.
- Tiene inquietudes acerca de un proveedor de servicios.
- Sus servicios no son los correctos.
- Obtiene un nuevo seguro de salud.
- Acude al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador no puede seguir ayudándolo.

³ Esto es solo para los inscritos en el programa de cuidado a largo plazo. Si tiene preguntas acerca de si su centro cumple con estos requisitos federales, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

- Cambia su condición de vida.
- Cambia su nombre, número de teléfono, dirección o condado.

Solicite suspender sus servicios

Si hay un cambio en su vida y necesita interrumpir su(s) servicio(s) por un tiempo, notifíquelo a su administrador de casos. Este le solicitará que complete y firme un formulario de consentimiento de suspensión voluntaria para suspender el(los) servicio(s).

Sección 10: Acceda a los servicios

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

Proveedores en nuestro plan

Por lo general, debe utilizar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que se encuentren en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores está compuesta por el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos. Puede elegir cualquier proveedor que se encuentre allí. Esto se denomina su **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor de atención médica que no se encuentra en nuestra red, es posible que tenga que pagar por esa cita o ese servicio.

Encontrará la lista de proveedores que pertenecen a nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea obtener una copia del directorio de proveedores, comuníquese al **1-800-441-5501** (MMA –Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en aetnabetterhealth.com/florida/find-provider.

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

Proveedores que no están en nuestro plan

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

- Suministros y servicios de planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para la mujer, como los exámenes de mamas, las pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y la atención prenatal
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Atención de emergencia

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, lo ayudaremos a encontrar otro que no se encuentre en nuestra red. Recuerde consultar con nosotros antes de utilizar un proveedor que no se encuentre en nuestra red de proveedores. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuándo pagamos por sus servicios dentales

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero Aetna Better Health of Florida puede cubrir algunos. La siguiente tabla le ayudará a comprender qué plan paga por un servicio.

Tipo de servicio(s) dental(es):	El plan dental cubre lo siguiente:	El plan médico cubre lo siguiente:
Servicios dentales	Cubiertos cuando consulta a su dentista o higienista dental.	Cubiertos cuando consulta a su médico o enfermero.
Servicios dentales programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubiertos para servicios dentales brindados por su dentista	Cubiertos para médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital por un problema dental	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura
Medicamentos con receta para una consulta o un problema dental	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura
Transporte hacia el servicio o la cita dental	<i>Sin cobertura</i>	Con cobertura

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711) para recibir ayuda para coordinar estos servicios.

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que deba pagar las citas o los servicios que no están cubiertos. Un servicio cubierto es aquel que tenemos que brindar en el programa de Medicaid. Todos los servicios mencionados en este manual están cubiertos. Recuerde que el hecho de que un servicio esté cubierto, no significa que lo vaya a necesitar. Es posible que tenga que pagar por un servicio en caso de que no lo aprobemos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que se haya comunicado con nosotros. Nosotros lo ayudaremos.

Servicios para niños⁴

Debemos brindar todos los servicios médicamente necesarios para nuestros miembros de entre 0 y 20 años de edad. Es así por ley. Esto es así incluso si nosotros no cubrimos un servicio o el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- No tienen límites en dólares; o
- No tienen límites de tiempo, como límites por hora o diarios.

Es posible que su proveedor deba solicitar nuestra aprobación antes de prestarle el servicio a su hijo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información sobre cómo solicitar estos servicios.

Servicios cubiertos por el sistema de prestación de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos por Aetna Better Health of Florida

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en vez de ser cubiertos por Aetna Better Health:

- Análisis del comportamiento (BA)
- Programa de coincidencias certificado del Departamento de salud del condado (CHD)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para el presupuesto individual (iBudget) para las discapacidades en el desarrollo
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para la disautonomía familiar (FD)
- Medicamentos para la hemofilia relacionados con factores
- Servicios de un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Programa de coincidencias escolares certificado de Medicaid (MCSM)
- Servicios modelo de exención basados en el hogar y la comunidad
- Atención pediátrica prolongada recetada
- Programa de coincidencias del condado para el abuso de sustancias

Este sitio web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y sobre cómo acceder a ellos:

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

Objeciones de naturaleza moral o religiosa

Si no cubrimos un servicio por una razón moral o religiosa, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al corredor de inscripciones del estado al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)**. Este lo ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

⁴ También conocidos como requisitos de “detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico” o “EPSDT”.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Elija un proveedor de atención primaria (PCP)

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

Una de las primeras cosas que necesitará hacer cuando se inscriba en nuestro plan será elegir un PCP. Este puede ser un médico, un profesional en enfermería o un auxiliar médico. Usted se comunicará con su PCP para programar una cita para recibir servicios como controles regulares, vacunas (inmunizaciones) o cuando esté enfermo. Este también lo ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas. Esto se denomina **remisión**. Puede elegir su PCP llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para hacerlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Elija a un PCP para su hijo

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

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que pueda tener sus consultas de bienestar infantil cada año. Son para niños de entre 0 y 20 años. Estas consultas son controles regulares que lo ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber lo que sucede con él y cómo está creciendo. Es posible que su hijo también reciba vacunas (inmunizaciones) durante estas consultas. Estas consultas pueden ayudar a encontrar problemas y a mantener a su hijo sano.⁵

Puede llevar a su hijo a un pediatra, un proveedor de medicina familiar u otro proveedor de atención médica.

No necesita obtener una remisión para consultas de bienestar infantil. Además, estas son sin cargo.

⁵ Para obtener más información sobre estos exámenes de detección y evaluaciones recomendadas para niños, consulte “Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule” (Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: Cronograma de periodicidad) en aap.org.

Atención especializada y remisiones

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

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de comentarle sobre sus **remisiones**. Su administrador de casos trabajará con el especialista para que usted reciba atención.

Segundas opiniones

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

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

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 48 horas. Se utiliza cuando su salud o su vida no están en peligro, pero no puede esperar para consultar a su PCP o el hecho ocurre cuando la oficina de este ha cerrado.

Si necesita atención de urgencia después del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, nuestra línea de enfermería de 24 horas está disponible en cualquier momento llamando al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (**TTY: 711**), para responder sus preguntas médicas, y en momentos donde no pueda comunicarse con su médico.

También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano visitando nuestro sitio web en aetnabetterhealth.com/florida/find-provider.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía o para pasar la noche, su PCP lo coordinará. Debemos aprobar servicios brindados en el hospital antes de que vaya, excepto en casos de emergencia. No pagaremos por servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con anticipación o sea una emergencia.

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

Atención de emergencia

Tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o herido que su vida o salud corren peligro si no recibe ayuda médica de inmediato. Algunos ejemplos de dichas lesiones y enfermedades son los siguientes:

- Huesos rotos.
- Sangrado que no se detiene.
- Está embarazada, en trabajo de parto o con sangrado.
- Dificultad para respirar.
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar.

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

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

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

Si tiene una emergencia mientras se encuentra lejos de su casa, obtenga la atención médica que necesite. Asegúrese de llamar al Departamento de Servicios para Miembros cuándo sea posible e infórmenos sobre el hecho.

Obtenga medicamentos con receta

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos con receta y tenemos una lista de ellos. Esta se denomina nuestra **Lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en aetnabetterhealth.com/florida/pharmacy-prescription-drug-benefits.html, o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Cubrimos medicamentos **genéricos** y **de marca**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca, pero por lo general son más económicos que estos últimos. Funcionan de la misma manera. Es posible que a veces necesitemos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que pueda obtenerlo.

Contamos con farmacias en nuestra red de proveedores. Puede obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de estas. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando, pero le informaremos si esto sucede.

Información sobre Specialty Pharmacy

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar una gran variedad de afecciones como cáncer, artritis y otras enfermedades. Incluyen medicamentos inyectables administrados a través de vacunas en su casa o en el consultorio del médico. Su médico le dirá si necesita medicamentos especializados que requieran de aprobación previa por parte de Aetna Better Health.

CVS Specialty Pharmacy es nuestra farmacia de especialidad preferida para ciertos medicamentos. Para obtener la lista de medicamentos que debería poder obtener en CVS Specialty Pharmacy, visite nuestro sitio web aetnabetterhealth.com/florida/pharmacy-prescription-drug-benefits.html. Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación si desea abandonar la red de CVS Specialty y elegir entre proveedores participantes. Recuerde mostrarle su tarjeta de identificación a su farmacéutico cada vez que obtenga medicamentos con receta.

Servicios de salud conductual

Es posible que, en ocasiones, necesite hablarle a un terapeuta o asesor, por ejemplo, si experimenta alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre se siente triste.
- No quiere hacer las cosas que antes disfrutaba.
- Se siente insignificante.
- Tiene problemas para dormir.
- No tiene apetito.
- Abusa de drogas o alcohol.
- Tiene problemas en su matrimonio.
- Tiene preocupaciones relacionadas a sus hijos.

Cubrimos diversos tipos de servicios de salud conductual que pueden ayudar con problemas que esté enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud conductual para solicitar una cita. Puede recibir ayuda para buscar uno de estos proveedores de las siguientes maneras:

- Llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711).
- Consultando nuestro directorio de proveedores.
- Visitando nuestro sitio web aetnabetterhealth.com/florida/find-provider.

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

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

Si piensa en lastimarse a usted mismo o a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercanos, incluso si se encuentran fuera del área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP

si es posible. Realice un seguimiento con su proveedor dentro de las 24 o 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, prepararemos su transferencia a un hospital o proveedor que se encuentre dentro de la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programas de recompensas para miembros

Ofrecemos programas para ayudarlo a mantenerse sano y tener una vida más saludable (por ejemplo, para perder peso o dejar de fumar). Los llamamos **programas de conductas saludables**. Al participar en estos programas, podrá obtener recompensas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

- **Programa para dejar de fumar**

Puede utilizar los beneficios de su plan de salud para recibir ayuda para dejar de fumar. Al trabajar con su administrador de casos y muchos recursos en la comunidad, incluida la terapia de reemplazo de nicotina, se le brindará apoyo mientras trabaja para alcanzar su objetivo de estar libre de tabaco. Después de estar 3 meses libre de tabaco, recibirá una tarjeta de regalo de \$20 como recompensa y otra de \$20 si está libre de tabaco por 6 meses, con la confirmación de su médico.

- **Programa de control del peso**

Los miembros con sobrepeso pueden recibir ayuda para lograr sus objetivos de pérdida de peso y tener una vida más saludable. Nuestro programa de control del peso le brinda apoyo y asistencia por parte de un administrador de casos y un asesor nutricional. Los miembros que logren sus objetivos de pérdida de peso en 3 meses recibirán un rastreador de fitness portátil con Bluetooth, el cual facilitará el seguimiento y el cumplimiento de sus objetivos de acondicionamiento físico. Después de 6 meses de pérdida de peso y de asistir a las citas con su nutricionista y su médico, recibirá una tarjeta de regalo de \$20.

- **Abuso de sustancias**

Si tiene un problema con el uso de sustancias (alcohol o drogas), su plan de salud está aquí para usted. Con la ayuda de su médico, administrador de casos y terapeuta de salud conductual usted tendrá el apoyo que necesita para estar sobrio y mantenerse así. Después de inscribirse en nuestro programa de abuso de sustancias, participará en la administración de atención, asistirá a las reuniones de grupo de AA/NA y trabajará con un terapeuta. Después de estar sobrio por 90 días, recibirá una tarjeta de regalo de \$20. Si se mantiene sobrio por 180 días, y asiste a sus reuniones y citas con su médico, recibirá otra tarjeta de regalo de \$20.

Recuerde que no se pueden transferir las recompensas. Si deja nuestro plan por más de 180 días, no podrá recibir su recompensa. Si tiene preguntas o desea inscribirse en alguno de estos programas, comuníquese con nosotros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711).

Programas de control de enfermedades

Tenemos programas especiales disponibles que lo ayudarán si padece una de estas afecciones.

- Cáncer.

- Diabetes.
- Asma.
- Presión arterial alta (hipertensión).
- Problemas de abuso de sustancias y salud conductual.
- Insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Problemas relacionados al final de la vida, incluida la información sobre las instrucciones anticipadas.
- Si está inscrito en el programa de LTC, también ofrecemos programas para los problemas de demencia o Alzheimer.

Nuestro administrador de casos trabajará con usted y su médico para cumplir sus objetivos. Si tiene preguntas o desea inscribirse en alguno de estos programas, comuníquese con nosotros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711).

Programas de mejora de la calidad

Queremos que obtenga atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe.

Estrategia de mejora de la calidad (QI)

Nos esforzamos por mejorar el servicio, la calidad y la seguridad de la atención médica. Una manera de hacer esto es evaluar qué tan bien lo hacemos nosotros y las demás personas. Trabajamos con grupos de médicos y otros profesionales de salud para mejorar la atención médica.

Nuestras actividades y nuestros programas clínicos se basan en pautas comprobadas. También le brindamos a usted y a su médico la información y las herramientas que pueden ayudarlos a tomar decisiones.

Objetivos del programa

Nuestros objetivos son los siguientes:

- Satisfacer las necesidades de atención médica de nuestros miembros.
- Medir, supervisar y mejorar la atención clínica y la calidad del servicio que nuestros miembros reciben.
- Establecer iniciativas en toda la compañía para mejorar la seguridad de nuestros miembros y nuestras comunidades.
- Asegurarnos de cumplir con todas las normas, ya sea que provengan de los empleadores del plan, de los reguladores federales y estatales, o de los grupos de acreditación.

Alcance del programa

Trabajamos para mejorar su atención médica al realizar lo siguiente:

- Desarrollar políticas y procedimientos que reflejen los estándares actuales de la práctica clínica.
- Evaluar los servicios preventivos y de salud conductual, y cómo se coordina la atención.
- Abordar las diferencias raciales y étnicas en la atención médica.

- Supervisar la eficacia de nuestros programas.
- Estudiar la accesibilidad y disponibilidad de nuestros proveedores de la red.
- Realizar actividades de certificación y recertificación de credenciales.
- Evaluar la satisfacción de los miembros y proveedores.

Resultados del programa

Cada año, comprobamos lo cerca que estamos de cumplir nuestros objetivos. Esto es lo que hicimos el año pasado:

- Recopilamos datos sobre un conjunto de mediciones clínicas denominado Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS^{®6}), según corresponda. Compartimos los resultados con el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) y Quality Compass^{®7}. El NCQA publica los resultados. Cada año, utilizamos los resultados para establecer nuevos objetivos y mejorar las mediciones seleccionadas. Por consiguiente, el rendimiento ha mejorado en muchas mediciones.
- Les preguntamos a los miembros qué tan satisfechos están con Aetna Better Health of Florida. Mejoramos en la calificación de la atención médica, el médico personal y el especialista, y en la forma en que los médicos se comunican. Cubrimos las necesidades culturales y de idioma de nuestros miembros.
- Hicimos una encuesta entre los miembros del programa de control de enfermedades. Nos dijeron que estaban satisfechos con el programa en general. Este los ayudó a comprender y mejorar su salud. También los ayudó a seguir los planes de tratamiento y a alcanzar sus objetivos de salud.
- También hicimos lo siguiente:
 - Continuamos con nuestro programa de seguridad del paciente.
 - Mejoramos el acceso a los proveedores.
 - Mejoramos la comunicación entre los médicos de atención primaria y los médicos de salud conductual de los miembros.

Acreditación

Nos tomamos en serio nuestra acreditación otorgada por el NCQA. Es así como mostramos nuestro compromiso de mejorar la calidad de su atención, el acceso a la atención y la satisfacción de los miembros. Obtenga más información sobre nuestra acreditación otorgada por el NCQA en el sitio web www.ncqa.org/.

Para obtener más información sobre nuestro programa de QI y cómo evaluamos la calidad, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que considera que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para transmitirnos sus ideas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

⁶ HEDIS es una marca comercial registrada del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA).

⁷ Quality Compass es una marca comercial registrada del NCQA.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para transmitirnos sus ideas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

La tabla que se muestra a continuación brinda una lista de los servicios médicos que cubre nuestro plan. Recuerde que es posible que necesite una remisión de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Pagamos por los servicios que se consideren médicamente necesarios⁸.

Es posible que existan algunos servicios que no cubramos, pero pueden estar cubiertos por Medicaid. Para recibir información sobre estos beneficios, comuníquese con la línea de ayuda de Medicaid de la Agencia al **1-877-254-1055**. Si necesita un traslado para recibir alguno de estos servicios, podemos ayudarlo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: 711) para programar un traslado.

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

Si tiene preguntas sobre alguno de los servicios médicos cubiertos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

⁸ Puede encontrar la definición de necesidad médica en el sitio web http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de centros que aceptan adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas y al alcohol.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios contra la alergia	Servicios utilizados para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son consecuencia de una enfermedad.	Cubrimos pruebas de sangre o pruebas cutáneas de alergia médicamente necesarias, y hasta 156 dosis por año de vacunas para la alergia.	No
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia están disponibles para cuando necesita atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o apoyo especial cuando es trasladado de un centro a otro.	Con cobertura por necesidad médica	Sí, se necesita autorización solo para transferirse de un hospital a otro.
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios proporcionados a personas que están dejando de consumir drogas o alcohol.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (paciente externo).	Con cobertura por necesidad médica	Sí; autorización necesaria para algunos procedimientos
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos.	Con cobertura por necesidad médica	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de atención de asistencia	Servicios proporcionados a los adultos (de 18 años o más) que los ayudan con las actividades de la vida diaria y con la toma de medicamentos.	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, según sean médicamente necesarios.	Sí
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación por año - Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos al día) 	No
Servicios de superposición para la salud conductual	Servicios de salud conductual proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios por año, lo que incluye la terapia, los servicios de apoyo y la planificación de la atención de seguimiento.	Sí
Servicios de salud conductual: bienestar infantil	Un programa especial de salud mental para niños inscritos en un programa del DCF	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente tal como lo indique su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas cardíacas - Procedimientos quirúrgicos cardíacos - Dispositivos cardíacos 	Sí; autorización requerida para algunos procedimientos y pruebas

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Administración de casos específicos de servicios de salud infantil	Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarlos a obtener atención médica y otros servicios. O Servicios proporcionados a niños (de 0 a 20 años) que usan servicios médicos de cuidado adoptivo.	Su hijo debe estar inscrito en el programa primeros pasos del Departamento de Salud (DOH). O Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos de cuidado adoptivo.	No
Servicios de quiropráctica	Diagnóstico y tratamiento de manipulación de las desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - 24 consultas del paciente por año, por miembro - Radiografías	No
Servicios clínicos	Servicios de atención médica proporcionados en un departamento de salud del condado, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural.	Consulta en un centro de salud con calificación federal o en una clínica de salud rural, con cobertura si es médicamente necesario.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios proporcionados por un equipo de salud mental a niños que corren el riesgo de ir a un centro de tratamiento de salud mental.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí.
Servicios de unidades de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se llevan a cabo en un centro que no es un hospital regular.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos los siguientes servicios tal como lo indique su médico tratante, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal 	Sí
Servicios de centro social	Servicios proporcionados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a recibir tratamientos o vivienda.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza en repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, entre otros. Los suministros médicos son productos que se utilizan una sola vez y luego se tiran como vendas, guantes y otros artículos.	Con cobertura y según sea médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame al 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid) o al 1-844-645-7371 (LTC) para obtener más información.	Sí: se requiere autorización previa para obtener cierto equipo y ciertos suministros.
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de entre 0 y 3 años que han desarrollado retrasos u otras afecciones.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial una vez en la vida, completada por un equipo - Hasta 3 pruebas de detección por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana 	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicópteros o aviones) que lo llevan al hospital debido a una emergencia.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de evaluación y administración	Servicios para acudir a las consultas médicas para mantenerse saludable o tratar enfermedades.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de salud (control) para adulto por año. - Consultas de bienestar infantil ofrecidas en función de la edad y las necesidades de desarrollo. - Una consulta por mes para las personas que residen en centros de atención de enfermería. - Hasta dos visitas al consultorio por mes para los adultos que necesiten tratar enfermedades o afecciones. 	No
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas por año 	No
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a las familias durante el tratamiento de salud mental de sus hijos	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o patologías del estómago o del sistema digestivo	Cubrimos lo siguiente: - Con cobertura por necesidad médica	Sí, remisión autorización requerida para algunos procedimientos y pruebas
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o patologías de los genitales o del sistema urinario	Cubrimos lo siguiente: - Con cobertura por necesidad médica	Sí, remisión autorización requerida para algunos procedimientos y pruebas
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Hasta 39 horas por año	No
Servicios auditivos	Exámenes auditivos, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye los audífonos y las reparaciones.	Cubrimos los exámenes auditivos y los siguientes servicios tal como lo indique su médico, cuando sean médicamente necesarios: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años - Reparaciones	No
Servicios de salud a domicilio	Servicios de enfermería o de asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión, o a recuperarse de estas.	Cubrimos lo siguiente, cuando sea médicamente necesario: - Hasta 4 consultas por día para beneficiarias embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años - Hasta 3 consultas por día para todos los demás beneficiarios	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares y cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> - Con cobertura por necesidad médica. - Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; puede tener responsabilidad del paciente para los servicios de hospicio ya sea si vive en su hogar, en un centro o en un centro de atención de enfermería. 	Sí
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individual con un profesional de salud mental.	<p>Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas por año 	No
Servicios para antes y después de las pruebas de salud mental infantil	Servicios de pruebas por parte de un profesional de salud que cuenta con una capacitación especial en bebés y niños pequeños.	Cubrimos lo siguiente y por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras se encuentra en el hospital. Esto puede incluir todas las pruebas, los medicamentos, las terapias y los tratamientos, las visitas de los médicos y los equipos que se utilizan para tratarlo.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados en función de la edad y la situación, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años. - Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (los días adicionales están cubiertos en caso de emergencias). 	Sí
Servicios integumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o patologías de la piel	Con cobertura por necesidad médica	Sí, remisión al dermatólogo de parte de su PCP; ciertas pruebas y ciertos procedimientos requieren autorización previa.
Servicios de laboratorio	Servicios que se encargan de analizar sangre, orina, saliva y otros elementos del cuerpo cuando se padece una afección, enfermedad o dolencia.	Con cobertura por necesidad médica	Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.
Servicios médicos de cuidado adoptivo	Servicios que ayudan a niños que viven en un hogar de cuidado adoptivo y tienen problemas de salud.	Los niños deben estar en custodia del Departamento de Niños y Familias.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios que se utilizan para ayudar a las personas que están luchando contra la adicción a las drogas.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de administración de medicamentos	Servicios que ayudan a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones al momento de tomar medicamentos.	Con cobertura por necesidad médica	No
Administración de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a las personas con enfermedades mentales a obtener atención médica y de salud conductual	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios móviles de intervención y evaluación en casos de crisis	Un equipo de profesionales de salud que proporciona servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el hogar de las personas.	Con cobertura por necesidad médica y por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o patologías del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso	Con cobertura por necesidad médica	Sí, ciertas pruebas y ciertos procedimientos requieren autorización previa.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte hacia sus citas médicas y de regreso a su hogar. Esto podría ser en autobús, en una camioneta que puede transportar personas discapacitadas, en un taxi o en otros tipos de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para beneficiarios que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> - Viajes fuera del estado. - Traslado entre hospitales o centros. - Acompañantes cuando sea médicamente necesario. 	Sí, se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas.
Servicios en centro de atención de enfermería	Atención médica o atención de enfermería que recibe mientras vive en un centro de atención de enfermería a tiempo completo. Esto puede ser una hospitalización para rehabilitación a corto o largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de atención de enfermería si son medicamente necesarios. <p>Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de habitación y comida.</p>	Sí
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar productos en su casa.	Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Para las personas de cualquier edad, cubrimos los siguientes servicios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una al momento de la entrega y otra 6 meses después </p>	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de cirugía bucal	Servicios que proporcionan extracciones de dientes y que se utilizan para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones	Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para ciertas pruebas y procedimientos.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Atención médica que recibe cuando está en el hospital, pero no pasa la noche allí. Esto puede incluir todas las pruebas, los medicamentos, las terapias y los tratamientos, las visitas de los médicos y los equipos que se utilizan para tratarlo.	Los servicios de emergencia están cubiertos si son medicamente necesarios.	Sí; se requiere autorización previa para ciertas pruebas y procedimientos.
Servicios de tratamiento del dolor	Tratamientos para dolores duraderos que no mejoran después de que se hayan brindado otros servicios.	Con cobertura por necesidad médica. Se pueden aplicar algunos límites de servicio.	Sí
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan un hospital por tratamiento de salud mental.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	<p>Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Para las personas de cualquier edad, cubrimos los siguientes servicios, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una al momento de la entrega y otra 6 meses después <p>-</p>	Sí
Servicios de podiatría	Atención médica y otros tratamientos para los pies	<p>Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de pies y uñas - Radiografías y otros diagnósticos por imágenes para el pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna - Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna 	Sí; se requiere autorización previa para ciertas pruebas y procedimientos
Servicios de medicamentos con receta	Este servicio es para medicamentos que su médico u otro proveedor de atención médica le recetaron.	<p>Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un suministro de medicamentos para 34 días, por receta. - Resurtidos, según lo recetado. 	Sí; se requiere autorización previa para algunos medicamentos

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de atención de enfermería privada	Servicios de enfermería proporcionados en el hogar para personas de entre 0 y 20 años que necesitan cuidado constante.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Hasta 24 horas por día	Sí
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas que se utilizan para detectar o diagnosticar problemas de memoria, CI o de otras áreas.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - 10 horas de pruebas psicológicas por año	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas, como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Hasta 480 horas por año	No
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen diagnósticos por imágenes, como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías. También incluyen radiografías portátiles.	Con cobertura por necesidad médica	Sí, se necesita autorización previa para algunos estudios.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios del centro de cuidado intensivo perinatal regional	Servicios brindados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que cuentan con centros de cuidado especial para tratar afecciones serias.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o desean estarlo. También incluyen servicios de planificación familiar que brindan medicamentos y suministros para el control de la natalidad, para ayudarla a planificar el tamaño de su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar, excepto los servicios de fertilidad, que son médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no es necesario que sean parte de nuestro plan. No necesita obtener una aprobación previa para recibirlos. Estos servicios son gratuitos. Son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o patologías de los pulmones o el sistema respiratorio.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Manejo de dispositivo respiratorio 	Sí; se requiere autorización previa para ciertas pruebas y procedimientos

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de entre 0 y 20 años que los ayudan a respirar mejor mientras son tratados por una afección, enfermedad o patología respiratoria.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación de la terapia cada 6 meses 	Sí
Servicios de autoayuda o de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios de cuidado adoptivo - Servicios grupales a domicilio 	No
Servicios de patología del habla y el lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de entre 0 y 20 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación - Una evaluación inicial por año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de comunicación cada 5 años 	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios del programa psiquiátrico estatal para pacientes internados	Servicios para niños con enfermedades mentales severas que necesitan tratamiento en el hospital.	Con cobertura para niños de entre 0 y 20 años si son medicamente necesarios.	Sí
Servicios del programa intensivo para pacientes externos por abuso de sustancias	Tratamiento que se proporciona durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Cubierto como médicamente necesario y recomendado por nosotros - 90 días al año para mayores de 21 años, sin límites para niños menores de 21 años	Sí
Servicios para el tratamiento residencial de corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Por recomendación nuestra y con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios conductuales terapéuticos en el lugar	Servicios brindados por un equipo para prevenir que niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean admitidos en un hospital u otro centro.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios: - Hasta 9 horas por mes	No
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen todas las cirugías, y los cuidados pre y post quirúrgicos.	Con cobertura por necesidad médica	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de mejora visual	Mejoras visuales hace referencia a productos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (falsos)	Cubrimos los siguientes productos médicamente necesarios cuando son recetados por su médico: <ul style="list-style-type: none"> - Dos pares de anteojos para niños de entre 0 y 20 años - Un marco cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años y mayores - Lentes de contacto - Ojos protésicos 	No
Servicios de cuidado visual	Servicios que evalúan y tratan afecciones, enfermedades y patologías de los ojos.	- Con cobertura por necesidad médica	Sí

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son aquellos bienes o servicios adicionales que le brindamos sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo recibir estos beneficios ampliados.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Acupuntura	Tratamiento que utiliza agujas delgadas a través de la piel para el manejo del dolor.	- Para el tratamiento del dolor - Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad Sin límite	Sí
Terapia artística	Terapia con arte para ayudarlo a recuperarse de problemas de salud o a afrontarlos	- Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad Sin límite	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Evaluación de salud conductual/ Servicios de evaluación	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite con autorización previa	Sí
Servicio diurno de salud conductual/ Tratamiento diurno	Tratamiento terapéutico intensivo utilizado para estabilizar los síntomas de un trastorno de salud conductual.	Sin límite con autorización previa	Sí
Tratamientos intensivos de salud conductual para pacientes externos	Ofrece un tratamiento especializado de salud conductual en un entorno de paciente externo.	Sin límite con autorización previa	Sí
Servicios médicos de salud conductual	Administración de medicamentos, pruebas de detección de drogas, etc.	Interacción verbal y administración de medicamentos ilimitadas; pruebas de detección de drogas ilimitadas con autorización previa	Sí
Rehabilitación psicosocial de salud conductual	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas, como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas.	Sin límite con autorización previa	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios pruebas de detección de salud conductual	Las pruebas de detección son herramientas utilizadas para examinar su salud emocional e identificar las afecciones de salud conductual.	Sin límite con autorización previa	Sí
Equipo biométrico	Un (1) brazalete digital de presión arterial cada tres (3) años; Una (1) báscula cada tres (3) años	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad	Sí
Tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT)	Tratamiento de manipulación de la columna vertebral para el tratamiento del dolor	- Para el tratamiento del dolor - Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad Sin límite	Sí
Tratamiento cognitivo conductual computarizado	- Evaluación y reevaluación de la salud y la conducta - Intervención de salud y conductual de forma individual, grupal y familiar (con o sin la presencia del paciente)	Visitas sin límite con autorización previa	Sí
Programa de descuentos CVS	Tarjeta del 20% de descuento en determinados productos de venta libre (OTC)	3 tarjetas por grupo familiar conforme a la duración de la inscripción	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de doula	Visitas domiciliarias para el cuidado antes del nacimiento del bebé, después de este y visitas al recién nacido por parte de la doula	Sin límite para las miembros femeninas embarazadas de entre 14 y 55 años	Sí
Equipo médico duradero/ Suministros	Equipo médicamente necesario que tiene una finalidad médica	<ul style="list-style-type: none"> - Suministros médicos ilimitados para el cuidado de heridas - Cobertura de ropa de cama hipoalérgica, asignación de cien dólares (\$100) y un (1) juego con autorización previa 	Sí
Equinoterapia (con caballos)	Terapia con caballos para ayudarlo a recuperarse de problemas de salud o a afrontarlos.	<p>Con cobertura por necesidad médica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - 10 sesiones por año 	Se requiere autorización previa.
Tratamiento grupal (salud conductual)	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de tratamiento con un profesional de salud mental.	Tratamiento grupal ilimitado y tratamiento médico grupal breve ilimitado	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Beneficios auditivos para adultos	Evaluación de su audición y su necesidad de audífonos; colocación de audífonos	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - 1 evaluación cada 2 años - 1 evaluación de audífonos cada 2 años - 1 audífono cada 2 años 	Sí
Entrega de comidas a domicilio después de recibir el alta de un centro	Comidas que se les proporcionan a los miembros después de recibir el alta de un hospital u hogar de convalecencia.	10 entregas de comidas a domicilio, limitadas a 2 altas por año para miembros de 21 años o más	Sí
Entrega de comidas a domicilio para la preparación ante huracanes	Diez (10) comidas estables entregadas antes de la temporada de huracanes	Una (1) entrega de comida por año para miembros de 21 años o más, para miembros ABD/del programa de atención integral	Sí
Servicios de enfermería y de un auxiliar de atención médica a domicilio	Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio	Sin límite para miembros de 21 años o más no embarazadas	Sí
Servicios de personas para tareas domésticas (p. ej., limpieza de alfombras hipoalérgica)	Dos (2) limpiezas de alfombras por año para adultos con asma con autorización previa	Dos (2) limpiezas de alfombras por año para adultos con asma con autorización previa	Sí
Visita a su hogar de un trabajador social clínico	Visitas de un trabajador social clínico a su hogar o entorno de hospicio	48 visitas por año para miembros de 21 años o más	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Asistencia para la vivienda	Para que los miembros establecidos en la comunidad reciban ayuda con una crisis de salud, una pérdida personal, el alquiler, la vivienda o los servicios públicos.	\$250 por miembro cada año, para miembros de doble elegibilidad/del programa de atención integral de 18 años o más	Sí
Ropa de cama hipoalérgica	Asignación de \$100 para ropa de cama hipoalérgica (sábanas, fundas de colchones) para miembros con asma alérgica	1 juego de ropa de cama para miembros de 21 años o más	Sí
Tratamiento individual/familiar	Servicios para que las personas tengan sesiones de tratamiento individual o familiar con un profesional de salud mental.	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite con autorización previa	Sí
Masoterapia	Masoterapia realizada por un quiropráctico o fisioterapeuta para el tratamiento del dolor	- Para el tratamiento del dolor - Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite	Sí
Administración de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a las personas con enfermedades mentales a obtener atención médica y de salud conductual.	Sin límite con autorización previa	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Reembolso de comidas en casos de viajes por motivos médicos	Reembolso de comidas para miembros y acompañantes en el caso de que tengan que viajar fuera del área de servicio por atención médica (200 millas o más).	Reembolso de comida de \$100 por día	Sí
Servicios de atención domiciliaria relacionados con la medicina/de personas para tareas domésticas	Dos (2) limpiezas de alfombras por año para adultos con asma	Con cobertura por necesidad médica - 2 limpiezas de alfombras por año - Para miembros mayores de 21 años de edad	Sí
Suministros médicos para cuidado de heridas	Vendajes especiales para heridas	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite	Sí
Administración de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a las personas con enfermedades mentales a obtener atención médica y de salud conductual.	Sin límite con autorización previa	Sí
Circuncisión para recién nacidos	Cirugía para remover la piel que cubre la punta del pene.	- Disponible cuando se solicita en un plazo de 28 días después del nacimiento. - Con cobertura en casos de personas más grandes si hay necesidad médica. - 1 vez en la vida.	Sí, se requiere autorización previa si el bebé tiene más de 28 días de vida.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Transporte que no sea de emergencia/con fines no médicos	Transporte social de ida y vuelta semanal dentro del condado de residencia para ir al banco, a comprar alimentos, a la iglesia	- Semanalmente dentro del condado en el que vive, para los miembros ABD/del programa de atención integral de 21 años o más.	No
Asesoramiento nutricional	Asesoramiento individual o grupal con un nutricionista	- Con cobertura por necesidad médica - Sin límite	Sí
Terapia ocupacional para adultos	Evaluación y terapia que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar productos en su casa.	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - 1 evaluación y 1 reevaluación por año - Hasta 7 sesiones de tratamiento terapéutico por semana	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Servicios hospitalarios ilimitados para pacientes externos	Con cobertura por necesidad médica - Sin límite	Sí
Beneficio de medicamentos de venta libre	Productos de venta libre de la farmacia CVS	- Límite de \$25 por hogar por mes en ciertos productos de venta libre	No
Terapia asistida con animales	Terapia con animales que lo ayudan a recuperarse de los problemas de salud o a lidiar con ellos.	Con cobertura por necesidad médica - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Fisioterapia para adultos	Servicios de evaluación y fisioterapia que incluyen ejercicios, estiramientos y otros tratamientos que ayudan a que su cuerpo se fortalezca y se sienta mejor después de una lesión, enfermedad o afección médica.	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - 1 evaluación y 1 reevaluación por año - Hasta 7 sesiones de tratamiento terapéutico por semana 	Sí
Servicios prenatales/ de posparto	Consultas adicionales durante el embarazo y luego del parto, y sacaleches	Con cobertura por necesidad médica. <ul style="list-style-type: none"> - 1 sacaleches de grado hospitalario para alquilar por un año. - 1 sacaleches que no es de grado hospitalario cada 2 años. - Antes de que nazca el bebé, hasta 14 consultas prenatales si tiene un embarazo de bajo riesgo y 18 consultas si tiene un embarazo de alto riesgo. - Después de que nazca el bebé, 3 consultas dentro de los 90 días posteriores al parto. 	Sí, se requiere autorización previa para alquilar el sacaleches de grado hospitalario.
Consultas de atención primaria para adultos	Consultas de atención primaria en el consultorio, para pacientes externos y en el centro de atención de enfermería	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - Sin límite 	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Terapia respiratoria para adultos	Servicios de evaluación y terapia respiratoria que lo ayudan a respirar mejor.	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - 1 evaluación por año - 1 consulta por día 	Sí
Terapia del habla para adultos	Servicios de evaluación y terapia que incluyen pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar, entre los que se encuentran la evaluación y el entrenamiento para usar los dispositivos del habla (AAC).	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Para miembros mayores de 21 años de edad - 1 evaluación/reevaluación por año - 1 estudio de deglución por año - Hasta 7 sesiones de terapia del habla por semana - 1 evaluación para AAC y 1 reevaluación para AAC por año - Hasta 4 adaptaciones, ajustes y capacitaciones para AAC por año 	Sí
Tratamiento por abuso de sustancias o servicios de desintoxicación (paciente externo)	Tratamiento que se proporciona durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Sin límite con autorización previa	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios conductuales terapéuticos en el lugar	Servicios brindados por un equipo para prevenir que niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean admitidos en un hospital u otro centro.	Sin límite	Sí
Vacuna contra la gripe	Vacuna para combatir la gripe	2 vacunas por año para miembros de 21 años o más	No
Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap)	Vacuna para combatir el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap)	1 vacuna para mujeres embarazadas de entre 14 y 55 años por cada embarazo	No
Vacuna contra la neumonía	Vacuna para prevenir la neumonía	1 vacuna para miembros de 21 años o más cada 5 años	No
Vacuna contra la culebrilla	Vacuna para prevenir la culebrilla	1 serie de vacunas para miembros de 21 años o más una vez en la vida	Sí, se requiere autorización previa para aquellos miembros menores de 50 años.
Servicios de la vista para adultos	Lentes de contacto, y exámenes de la vista y marcos para anteojos adicionales	Con cobertura por necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> - Miembros de 21 años de edad o más - 6 meses de suministro de lentes de contacto con receta - 1 marco para anteojos adicional por año - 1 examen de la vista por año 	Sí, se requiere autorización previa.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Copagos eximidos	No se cobrarán copagos para ciertos servicios como: acudir al médico especialista en pies, usar una clínica de salud rural o el hospital para obtener los servicios para pacientes externos.	Sin límite	Sí, se requiere autorización previa para los proveedores no participantes.

Sección 13: Información útil sobre el programa de atención a largo plazo (LTC)

(Lea esta sección si está inscrito en el programa de LTC. Si no está inscrito en dicho programa, vaya a la sección 15)

Comience con los servicios

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

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

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

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

Desarrolle un plan de atención

Antes de que pueda comenzar a obtener los servicios del programa de LTC, debe tener un **plan de atención centrado en la persona (plan de atención)**. Su administrador de casos elabora su plan de atención con usted. Este plan es el documento que le informa los servicios que obtiene de nuestro programa de LTC. Su administrador de casos también hablará con usted y algún familiar o cuidador que desee incluir para decidir qué servicios de LTC podrían ayudar. Se usará la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan que se adecúe a sus necesidades. Su plan de atención le informará lo siguiente:

- Los servicios que obtiene.
- La persona que proporciona su servicio (sus proveedores de servicios).
- Con qué frecuencia obtiene un servicio.
- Cuándo comienza y finaliza un servicio (si tiene una fecha de finalización).
- Lo que sus servicios intentan ayudarlo a hacer. Por ejemplo, si necesita ayuda para hacer tareas domésticas sencillas en su hogar, su plan de atención le comunicará que un proveedor de servicios de compañía para adultos vendrá 2 días a la semana para ayudarlo con sus tareas.
- Cómo funcionan sus servicios de LTC con otros servicios que obtiene fuera de nuestro plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus **objetivos personales**.

No solo queremos asegurarnos de que usted vive con seguridad. También queremos asegurarnos de que es feliz y se siente conectado con su comunidad y otras personas. Cuando el administrador de casos esté preparando su plan de atención, le preguntará acerca de los **objetivos personales** que tiene. Pueden ser lo que desee, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC lo ayuden a lograr esos objetivos. Algunos ejemplos de objetivos personales son los siguientes:

- Caminar durante 10 minutos todos los días
- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Asistir a un centro para personas mayores una vez a la semana
- Mudarse de un centro de atención de enfermería a un centro de vida asistida

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

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

Actualice su plan de atención

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

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

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

Su plan de apoyo

Su administrador de casos lo ayudará a elaborar un **plan de apoyo**. Este le dice qué hacer en caso de que un proveedor de servicios no se presente para prestar un servicio. Por ejemplo, el auxiliar de atención médica a domicilio no fue a darle un baño.

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

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

La tabla que se muestra a continuación brinda una lista de los servicios de atención a largo plazo que cubre nuestro plan. Recuerde que pagamos los servicios que se consideren médicamente necesarios⁹.

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

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Atención de compañía para adultos	Este servicio lo ayuda con la preparación de comidas, el lavado de ropa y las tareas domésticas sencillas.	Sí

⁹ Puede encontrar una copia de la Política de cobertura del programa estatal de cuidado administrado a largo plazo de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Atención médica diurna para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se ofrecen en un centro de atención diurna para adultos. Si se encuentra allí durante la hora de la comida, se puede quedar a comer.	Sí
Servicios de atención de asistencia	Estos son servicios que se ofrecen las 24 horas si reside en un hogar de cuidado familiar para adultos.	Sí
Vida asistida	Son servicios que generalmente se proporcionan en un centro de vida asistida. Dichos servicios pueden incluir ayuda para realizar las tareas domésticas, para bañarse, vestirse y comer, asistencia con los medicamentos y programas sociales.	Sí
Atención de enfermería a cargo de un asistente	Servicios de enfermería y de asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión, o a recuperarse de esta.	Sí
Control conductual	Servicios para tratar problemas de salud mental o de abuso de sustancias.	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
Capacitación de cuidadores	Capacitación y asesoramiento para las personas que cuidan de usted.	Sí
Coordinación de atención/administración de casos	Servicios que lo ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir con seguridad y de forma independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de atención que incluya todos los servicios que necesita y recibe.	Sí
Servicios de accesibilidad y adaptabilidad para el hogar	Este servicio realiza cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y desplazarse de manera segura y más fácil. Puede incluir cambios como la instalación de barandas en su baño o un asiento especial para el inodoro. No incluye cambios más importantes como alfombrado nuevo, reparación de techos, sistemas de plomería, etc.	Sí.
Entrega de comidas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables a su hogar.	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios de personas para tareas domésticas	Este servicio lo ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina.	Sí
Atención de hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares o cuidadores.	Sí
Enfermería especializada e intermitente	Ayuda adicional de enfermería si no necesita la supervisión de enfermeros en todo momento o la necesita durante períodos regulares.	Sí.
Equipo y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Se utiliza en repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, dispositivos ortopédicos, muletas, entre otros productos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
	controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Incluyen elementos que se utilizan y luego se tiran, como vendas, guantes y otros productos.	
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar sus medicamentos si no puede hacerlo por su cuenta.	Sí
Gestión de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos con receta y de venta libre que está tomando.	Sí
Evaluación nutricional/ Servicios para disminuir riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador acerca de su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable.	Sí
Servicios en centro de atención de enfermería	Los servicios en centros de atención de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional, y patología del habla y el lenguaje.	Sí.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Atención personal	<p>Estos son servicios domiciliarios que lo ayudan a realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Llevar a cabo la higiene personal 	Sí
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento.	Sí
Atención de relevo	Este servicio les permite a sus cuidadores tomar un descanso. Puede utilizarlo en su hogar, en un centro de vida asistida o en un centro de atención de enfermería.	Sí
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar productos en su casa.	Sí.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad, o debido a una afección médica.	Sí.
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que lo ayudan a respirar mejor.	Sí
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar.	Sí
Cuidados familiares estructurados	Servicios brindados en su hogar para ayudarlo a vivir allí en lugar de un centro de atención de enfermería.	Es posible que le brindemos la opción de utilizar este servicio en lugar de aquellos del centro de atención de enfermería.
Transporte	Transporte hacia todos los lugares donde recibe los servicios del programa de LTC y de regreso. Esto podría ser en autobús, en una camioneta que puede transportar personas discapacitadas, en un taxi o en otros tipos de vehículos.	Sí

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

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

- Servicios de cuidado brindado por un asistente
- Servicios de personas para tareas domésticas
- Servicios de atención personal

- Servicios de compañía para adultos
- Servicios de atención de enfermería especializada e intermitente

La PDO le permite **dirigir** sus servicios. Esto significa que puede elegir su proveedor de servicio, y cómo y cuándo obtener su servicio. Tiene que contratar, capacitar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicio directo).

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

Si está interesado en esta opción, comuníquese con su administrador de casos para obtener más detalles. También puede solicitar una copia de las pautas de la PDO para leerlas y ayudarse a decidir si esta opción es la correcta para usted.

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados de la LTC

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Días de reserva de cama en centro de vida asistida/hogar de cuidado familiar para adultos	El plan de salud pagará para reservar su cama por 30 días cuando sea admitido en un hospital u hogar de convalecencia.	Reserva de cama por 30 días para miembros que vivan en un centro de vida asistida (ALF) o en un hogar de cuidado familiar para adultos (AFCH) y tengan 18 años o más.	No
Canasta de regalo para mudarse a un centro de vida asistida (ALF)	Los miembros de LTSS que actualmente viven en un ALF y los nuevos miembros que están en transición o se mudan a un ALF pueden seleccionar hasta \$ 50 en artículos esenciales de una lista preaprobada.	Un (1) beneficio de por vida; Artículos por valor de \$ 50 para miembros que viven en un ALF que tienen 21 años o más.	No
Transporte del cuidador	Para cuidadores elegibles para LTSS que necesitan transporte para ver a sus seres queridos en un ALF.	Cuatro (4) viajes de ida al mes para los cuidadores mayores de 18 años.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Asistencia de transición	Asistencia para mudarse desde un hogar de convalecencia a la comunidad; ayuda con los costos de la vivienda, el mobiliario, los suministros y la mudanza.	\$5,000 por única vez en la vida para miembros de 18 años o más.	Sí

Sección 15: Satisfacción de los miembros

Reclamos, quejas y apelaciones al plan

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

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar un reclamo .	Puede hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Comuníquese con nosotros en cualquier momento. 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid) o 1-844-645-7371 (LTC) (TTY: 711) 	Nosotros haremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Trataremos de resolver su problema en un plazo de 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una queja .	Puede hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Escríbanos o llámenos en cualquier momento. Llámenos para solicitar más tiempo para resolver su queja si cree que esto ayudará. <p>Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid) o 1-844-645-7371 (LTC) (TTY: 711)</p>	Nosotros haremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le enviaremos una carta informándole nuestro motivo y le diremos sus derechos si no está de acuerdo con esto.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una apelación .	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribanos o llámenos, y haga un seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días después de nuestra decisión sobre sus servicios. • Si es necesario, solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta. Es posible que se apliquen algunas normas. <p>Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 1-800-441-5501 (MMA– Medicaid) o 1-844-645-7371 (LTC) (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que hemos recibido su apelación. • Lo ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta en un plazo de 30 días para responderle.
Si considera que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida” .	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribanos o llámenos en un plazo de 60 días después de nuestra decisión sobre sus servicios. <p>Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 1-800-441-5501 (MMA– Medicaid) o 1-844-645-7371 (LTC) (TTY: 711)</p>	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta en un plazo de 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida, y le enviaremos una carta en un plazo de 2 días.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de	<p>Puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escriba a la Agencia de Administración de Atención Médica, Oficina de audiencias imparciales. • Solicítenos una copia de su registro médico. • Si es necesario, solicite que 	<p>Nosotros haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario, le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid. • Reiniciaremos sus servicios si el estado está de acuerdo con usted.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Medicaid.	<p>sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta. Es posible que se apliquen algunas normas.</p> <p>**Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>Si continuó con sus servicios, es posible que le solicitemos que pague por ellos si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida del plan

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

Audiencias imparciales de Medicaid (para los miembros de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta los 120 días después de recibir un Aviso de resolución de la apelación del plan, por teléfono o por correo a:

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

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

- Su nombre.
- Su número de miembro.
- Su número de identificación de Medicaid.
- Un número de teléfono a través del cual podamos comunicarnos con usted o su representante.

También puede incluir, si tiene, la siguiente información:

- Por qué cree que se debería cambiar la decisión.
- El(los) servicio(s) que considera que necesita.
- Cualquier información médica que respalde la solicitud.
- Quién desea que lo ayude con su audiencia imparcial.

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

No se le permite tener una audiencia imparcial de Medicaid si es un miembro de MediKids bajo el Título XXI.

Revisión del estado (para miembros de MediKids)

Si solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión a la que se llegó mediante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión del estado en cualquier momento hasta los 30 días después de recibir el aviso. **Su proceso de apelación debe haber finalizado antes.**

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

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

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

Continuación de los beneficios para miembros de Medicaid

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

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

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

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

Sección 16: Sus derechos como miembro

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

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que su dignidad y privacidad sean siempre respetadas y consideradas.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le proporciona servicios médicos y quién es responsable por su atención.
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- Saber qué normas y leyes se aplican a su comportamiento.
- Recibir información fácil de entender acerca de su diagnóstico y analizar de manera abierta el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos le ayudarán.
- Participar en la toma de decisiones de su atención médica con su proveedor, incluido el derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica.
- Saber si el proveedor o centro aceptan la tasa de asignación de Medicare.
- Ser informado sobre cuánto le puede costar un servicio antes de recibirlo.
- Obtener una copia de una factura y solicitar que le expliquen los cargos.
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación.
- Presentar un reclamo cuando sus derechos no son respetados.
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su registro médico y, si es necesario, solicitar que se agregue o corrija información en este.
- Mantener sus registros médicos privados y que solo sean compartidos cuando lo exija la ley o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (instrucciones anticipadas).
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea acerca de la decisión del plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión del plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de este.
- Hablar con libertad sobre su atención médica e inquietudes sin malos resultados.

- Ejercer sus derechos con libertad sin que el plan o sus proveedores de la red lo traten mal.
- Obtener atención sin miedo a ninguna forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y pedir que se modifiquen o se corrijan.
- Recibir información sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Expresar una queja sobre la atención que brinda la organización.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Los miembros de LTC tienen derecho a lo siguiente:

- Libertad de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un entorno hogareño, independientemente de dónde vivan.
- Recibir información sobre la participación en su comunidad, el establecimiento de objetivos personales y sobre cómo pueden participar en ese proceso.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesitan.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica.
- Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento para sus afecciones, independientemente del costo o beneficio.
- Elegir los programas en los que participan y los proveedores que les brindan atención.

Sección 17: Sus responsabilidades como miembro

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

- Brindar información precisa sobre su salud a su plan y proveedores.
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que comprende un curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuche a su proveedor, haga preguntas y siga las instrucciones para la atención que acordó con su proveedor.
- Asistir a sus citas y notificar a su proveedor si no podrá hacerlo.
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Asegurarse de que se realice el pago por los servicios sin cobertura que reciba.
- Cumplir con las regulaciones y las normas de conducta del centro de atención médica.
- Tratar al personal de atención médica y al administrador de casos con respeto.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica.
- Utilizar la sala de emergencias solo en emergencias reales.

- Notificarle a su administrador de casos si hay algún cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceso a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar fraude, abuso y pago en exceso.

Los miembros de LTC tienen las siguientes responsabilidades:

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

Sección 18: Otra información importante

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

Si recibe LTC o servicios de hospicio, puede tener que pagar todos los meses un “costo compartido” por sus servicios. Este costo compartido se denomina “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (DCF) le enviará una carta cuando sea elegible (o le informará sobre cambios) para LTC de Medicaid o servicios de hospicio. Esta carta se denomina “Aviso de acción del caso” o “NOCA”. La carta de NOCA le comentará sobre las fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al centro en donde vive, si vive en un centro, con relación a su parte del costo de su LTC o de servicios de hospicio.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con su administrador de casos de LTC, puede contactar al DCF llamando gratis al **1-866-762-2237** o puede visitar el sitio web del DCF www.myflfamilies.com/medicaid (desplácese hacia abajo a la sección Medicaid for Aged or Disabled [Medicaid para adultos mayores o personas con discapacidad], y seleccione el documento denominado ‘SSI-Related Fact Sheets’ [Hojas informativas sobre el SSI]).

Protección del Proveedor de atención médica para personas de la India (IHCP)

Las personas de la India están exentas de abonar los costos compartidos para los servicios suministrados o recibidos por un IHCP o remisión en conformidad con el contrato de servicios de salud.

Plan de emergencia para desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Existen tres pasos para prepararse ante un desastre: 1) informarse, 2) elaborar un plan y 3) obtener un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia para desastres, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su administrador de casos. La División para el Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarlo a elaborar su plan. Puede comunicarse con esta al **1-850-413-9969** o ingrese al sitio web www.floridadisaster.org.

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

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

- NO comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con ninguna persona que no sean sus proveedores de confianza.
- Sea precavido con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratis o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas de casa en casa o con llamadas que no solicitó.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de textos o correos electrónicos que no solicitó, o en plataformas de redes sociales.

Fraude, abuso y pago en exceso en el programa de Medicaid

Para denunciar un presunto fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame a la Línea directa de reclamos del consumidor al número gratuito **1-888-419-3456** o complete el Formulario de reclamos de fraude o abuso de Medicaid, que se encuentra disponible en el sitio web:

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

También puede reportar el fraude y el abuso directamente a nosotros comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (TTY: **711**). O puede comunicarse con nuestra Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) al **1-866-806-7020** o enviar un fax al **724-778-6827**.

Abuso, negligencia y explotación de personas

No debe ser tratado nunca de mala manera. Tampoco es correcto que alguien lo golpee o le haga sentir miedo. Puede comunicarse con su PCP o administrador de casos para contarle lo que siente. Si siente que está recibiendo malos tratos o es víctima de negligencia, puede comunicarse con la Línea directa contra el abuso al **1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)** o para TTY/TDD al **1-800-955-8771**.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien que es víctima de malos tratos.

La violencia doméstica también se considera un abuso. A continuación, le brindamos algunos consejos de seguridad:

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con la Línea directa nacional contra la violencia doméstica al siguiente número gratuito: **1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224)**.

Instrucciones anticipadas

Las **instrucciones anticipadas** son declaraciones escritas u orales sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo. Algunas personas dan instrucciones anticipadas cuando están muy enfermas o se encuentran al final de sus vidas. Otras personas prefieren hacerlo cuando están bien de salud. Puede cambiar su opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener estos documentos y a entenderlos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. Su único objetivo es informar a los demás qué es lo que usted desea si no puede expresarlo.

1. Testamento vital
2. Designación de sustituto de atención médica
3. Donación anatómica (órganos y tejidos)

Puede descargar un formulario de instrucciones anticipadas en este sitio web:

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

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

Si se producen cambios en la ley acerca de las instrucciones anticipadas, se lo informaremos dentro de los 90 días. No tiene que tener instrucciones anticipadas si no lo desea.

Si su proveedor no sigue sus instrucciones anticipadas, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA–Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC), o ante la Agencia llamando al **1-888-419-3456**.

Obtenga más información

Tiene derecho a solicitar información. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre el tipo de información que puede recibir de manera gratuita. Algunos ejemplos de dicha información son los siguientes:

- Su registro de miembro.
- Una descripción de cómo operamos.
- Sus beneficios de Medicaid (MMA) o de atención a largo plazo.
- Todos los programas disponibles para usted.
- Nuestro programa de mejora de la calidad (QI).
- Cómo medimos lo que hacemos y qué tan bien nos está yendo. Esto incluye lo siguiente:
 - Encuestas de satisfacción de los miembros
 - Calificación de HEDIS y medición del rendimiento
 - Actividades de mejora de la calidad

Sección 19: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar “Mejor atención médica para todos los ciudadanos de Florida”. La Agencia ha creado un sitio web **www.FloridaHealthFinder.gov** en el que puede encontrar información sobre las agencias de atención médica, los centros de atención de enfermería, los centros de vida asistida, los centros quirúrgicos ambulatorios y los hospitales de Florida. Puede encontrar la siguiente información en el siguiente sitio web:

- Información actualizada de licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Fijación de precios
- Mediciones del rendimiento
- Folletos de información para el consumidor
- Testamentos vitales
- Calificaciones de rendimiento de la calidad, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre las diferentes mediciones de rendimiento acerca de la calidad de atención que proporcionan. Las mediciones permiten que las personas comprendan la manera en que los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para visualizar las tarjetas de informes del plan, visite el sitio web visit **<https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Health-Plans?&type=Medicaid-Summary>**. Puede elegir visualizar la información de un plan o de todos a la vez.

Unidad de vivienda para personas mayores

La unidad de vivienda para personas mayores brinda información y asistencia técnica a las personas mayores y los líderes comunitarios sobre opciones de viviendas asequibles y vida asistida. El Departamento de las Personas Mayores de Florida tiene un sitio web con información acerca de los centros de vida asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de atención diurna para adultos y centros de atención de enfermería en **<https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options>**, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

Información de MediKids

Para obtener información sobre la cobertura de MediKids, ingrese a **[http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy and Quality/Policy/program policy/FLKidCare/MediKids.shtml](http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy%20and%20Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml)**.

Centro de recursos para personas de edad avanzada y con discapacidades

También puede encontrar información adicional y asistencia sobre los beneficios estatales y federales, los programas y servicios locales, los servicios legales y para la prevención de delitos, la planificación de ingresos o las oportunidades educativas llamando al Centro de Recursos para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades.

Programa de asistencia al consumidor independiente

El Departamento de las Personas Mayores de Florida también ofrece un Programa de Asistencia al Consumidor Independiente (ICSP). El ICSP trabaja con el Programa estatal del defensor del pueblo de atención a largo plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas formas de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, comuníquese con la Línea de ayuda para personas de edad avanzada al **1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)** o ingrese a **<https://elderaffairs.org/programs-services/elder-helpline-1-800-963-5337/>**.

Sección 20: Formularios

Ejemplos:

Testamento vital

Designación de sustituto de atención médica

Formulario de donantes (donación anatómica)

Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas

Testamento vital

Declaro que, en el día ____ de 2____, yo, _____, doy a conocer voluntaria y deliberadamente mi deseo de que mi muerte no sea prolongada de manera artificial en las circunstancias que se establecen a continuación, y por el presente declaro que si en algún momento me encuentro mental o físicamente incapacitado y

_____ (colocar inicial) tengo una afección terminal, o

_____ (colocar inicial) tengo una afección en etapa final, o

_____ (colocar inicial) estoy en estado vegetativo persistente,

y si mi médico tratante y otro médico de consulta han determinado que no existe probabilidad médica razonable de que me recupere de tal afección, mi instrucción es que se me nieguen o retiren los procedimientos que prolongan la vida en el caso de que su aplicación solo sirva para prolongar de manera artificial el proceso de muerte y que se me permita morir de manera natural únicamente con la administración de medicamentos o la realización de procedimientos médicos que se consideren necesarios para brindarme cuidado paliativo o para aliviar mi dolor.

Deseo _____, no deseo _____ que se me niegue o retire la nutrición e hidratación (comida y agua) en el caso de que solo sirvan para prolongar de manera artificial el proceso de muerte.

Pretendo que mi familia y mi médico honren esta declaración como la expresión definitiva de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico, y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En el caso de que se haya determinado que no poseo la capacidad de brindar consentimiento expreso e informado respecto de la negación, el retiro o la continuación de los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar a la siguiente persona para que sea mi sustituto y aplique lo dispuesto en esta declaración:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ Teléfono _____

Comprendo plenamente la importancia de esta declaración, y declaro que soy emocional y mentalmente competente para hacerla.

Instrucciones adicionales:

Firma: _____

Testigo: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Testigo: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Al menos uno de los testigos no debe ser ni cónyuge ni familiar consanguíneo del representado.

Designación de sustituto de atención médica

Nombre: _____

En el caso de que se haya determinado que no poseo la capacidad de brindar consentimiento informado en lo que respecta a tratamiento médico, y procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar a la siguiente persona para que sea mi sustituto y tome decisiones de atención médica por mí:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Si mi sustituto no puede o no quiere llevar a cabo sus responsabilidades, deseo designar a la siguiente persona para que sea mi sustituto alternativo:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Comprendo plenamente que esta designación le permitirá a mi representante tomar decisiones de atención médica y conceder, denegar o retirar consentimiento en mi nombre; solicitar beneficios públicos para costear la atención médica; y autorizar mi ingreso a un centro de atención médica o traslado desde este.

Instrucciones adicionales (opcional):

También afirmo que esta designación no se realiza como condición para recibir tratamiento ni para ser ingresado en un centro de atención médica. Notificaré de este documento y enviaré una copia de él a las siguientes personas (que no son mi sustituto), para que sepan quién es mi sustituto:

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Testigos: 1. _____

2. _____

Al menos uno de los testigos no debe ser ni cónyuge ni familiar consanguíneo del representado.

Formulario uniforme de donante

El abajo firmante por el presente hace esta donación de órganos, si es médicamente aceptable, que entrará en vigencia tras su muerte. Las palabras y marcas siguientes indican mis deseos:

Dono lo siguiente:

(a) ___ cualquier órgano o parte necesarios;

(b) ___ solo los siguientes órganos o partes [especificar el(los) órgano(s) o la(las) parte(s)]:

a los fines de trasplante, tratamiento, investigación médica o educación;

(c) ___ mi cuerpo para su estudio anatómico, de ser necesario. Limitaciones o deseos especiales, si hubiera:

[Si corresponde, enumerar específicos]

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia unos de otros:

Firma del donante _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de la firma _____ Ciudad y estado _____

Testigo 1: _____ Testigo 2: _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Código postal _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas

Puede utilizar la tarjeta que se encuentra a continuación para informarles a los demás sus instrucciones anticipadas. Complete la tarjeta y recórtela. Póngala en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar una en su refrigerador, la guantera de su automóvil u otro lugar que sea fácil de encontrar.

<p>Instrucciones anticipadas de atención médica</p> <p>Yo, _____</p> <p>he establecido las siguientes instrucciones anticipadas:</p> <ul style="list-style-type: none">Testamento vitalDesignación de sustituto de atención médicaDonación anatómicaOtro (especificar) _____ <p>----- DOBLAR AQUÍ -----</p> <p>Información de contacto:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Firma _____</p> <p>Fecha _____</p>
--

Producido y distribuido por la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (AHCA). Se permite hacer copias de esta publicación para su uso público, o bien, llame al número gratuito de la AHCA al **1-888-419-3456** para obtener copias adicionales.

ENGLISH:

This information is available for free in other languages and formats. Please contact our customer service number at **1-800-441-5501** and TTY/TDD **7-1-1**, Monday through Friday, from 8 AM to 7 PM.

SPANISH:

Esta información está disponible de manera gratuita en otros idiomas y formatos. Comuníquese con Servicios al Cliente al **1-800-441-5501** (TTY o TDD: **7-1-1**), de lunes a viernes, de 8:00 AM a 7:00 PM.

FRENCH:

Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autres langues et formats. Pour plus d'informations, veuillez contacter notre numéro de Service à la Clientèle au **1-800-441-5501** et notre service de téléscripteur ou appareil de télécommunications pour malentendants (TTY/TDD) au **7-1-1** du lundi au vendredi, de 8 h à 19 h.

HAITIAN CREOLE:

Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang yo ak vèsyon yo. Tanpri kontakte nimewo sèvis kliyan nou an nan nimewo **1-800-441-5501** ak TTY/TDD **7-1-1**, sòti lendi pou rive vandredi, ant 8è nan matin pou rive 7è nan aswè.

ITALIAN:

Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. Si prega di contattare il nostro Servizio Clienti al numero **1-800-441-5501** e TTY/TDD **7-1-1**, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 19:00.

RUSSIAN:

Эти сведения можно бесплатно получить в переводе на другие языки или в другой форме. Просто позвоните в наш отдел обслуживания, телефон **1-800-441-5501** (TTY/TDD **7-1-1**). Линия работает с понедельника по пятницу с 8 утра до 7 вечера.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de derechos civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
PO Box 818001
Cleveland, OH 44181-8001

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**

Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica, a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD).

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

Multi-language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

FRENCH CREOLE: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang ou pale a ki disponib gratis pou ou. Rele nan nimewo ki sou do kat Idantifikasyon (ID) w la oswa rele nan **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número que se encontra na parte de trás do seu cartão de identificação ou **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

ARABIC: ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**).

ITALIAN: ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Chiamare il numero sul retro della tessera oppure il numero **1-800-385-4104** (utenti TTY: **711**).

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an.

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie Twojego identyfikatora lub pod number **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કોલ કરો (TTY: **711**).

THAI: ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรติดต่อหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตร ID ของคุณ หรือหมายเลข **1-800-385-4104** (TTY: **711**)

88

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid), al 1-844-645-7371 (LTC) o a TTY: 711