



Florida



Le damos la bienvenida a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan
Manual para Miembros de Medicaid

Información de contacto importante

Línea de Ayuda de Servicios para Miembros: Disponible las 24 horas

Servicios para Miembros de MMA 1-888-716-8787

Servicios para Miembros de LTC 1-800-791-9233

Línea TTY de Ayuda de Servicios para Miembros: Disponible las 24 horas TTY 711

Sitio web myuhc.com/CommunityPlan

Dirección 3100 SW 145th Avenue
Miramar, FL 33027

Servicios de transporte: que no sean de emergencia

Modivcare MMA 1-866-372-9891

Modivcare LTC 1-877-931-4751

iCare 1-877-393-2272

Atención dental

Póngase en contacto directamente con su administrador de casos o llame al . . . 1-888-716-8787
para obtener ayuda con la organización de estos servicios.

**Para informar de casos sospechosos de abuso, negligencia,
abandono o explotación de niños o adultos vulnerables . . . 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)
TTY 711 o 1-800-955-8771**

<http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline>

**Para verificar la elegibilidad para Medicaid 1-866-762-2237
TTY 711 o 1-800-955-8771**

<http://www.myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid>

**Para informar sobre fraude o abuso de Medicaid 1-888-419-3456
<https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>**

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 3
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

Índice

-
- Para presentar una queja sobre un centro de atención de la salud **1-888-419-3450**
http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml
- Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid **1-877-254-1055**
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
- Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid **1-877-254-1055**
TDD 1-866-467-4970
<http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/>
- Para encontrar información para personas de edad avanzada . . . **1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)**
<http://www.elderaffairs.org/doea/arc.php>
- Para obtener información sobre violencia doméstica **1-800-799-7233**
TTY 1-800-787-3224
<http://www.thehotline.org/>
- Para encontrar información sobre establecimientos
de salud en Florida <http://www.floridahealthfinder.gov/index.html>
- Para encontrar información sobre atención urgente
- MMA **1-888-716-8787, TTY 711**
- LTC **1-800-791-9233, TTY 711**
- Para una emergencia **9-1-1**
o diríjase a la sala de emergencias más cercana

Índice

Bienvenido al Plan estatal de atención médica administrada de Medicaid de UnitedHealthcare	7
Sección 1: Su tarjeta de identificación (ID) del plan	8
Sección 2: Su privacidad	10
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	10
Sección 3: Cómo obtener ayuda de nuestros Servicios para Miembros	16
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	17
Si no habla inglés	17
Para personas con discapacidades	17
Sección 5: Cuando su información cambia	18
Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid	19
Sección 7: Inscripción en nuestro plan	20
Período de inscripción abierta	20
Inscripción en el programa de atención a largo plazo de SMMC	21
Sección 8: Cómo dejar nuestro plan (cancelar la inscripción)	24
Sección 9: Gestión de su atención	26
Cómo cambiar de administrador de casos	26
Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos	27
Sección 10: Cómo acceder a los servicios	29
Proveedores de nuestro plan	29
Proveedores que no están en nuestro plan	30
Servicios para niños ⁴	31
Sección 11: Información útil sobre sus beneficios	33
Elegir a un proveedor de atención primaria (PCP)	33
Atención de especialistas y derivaciones	34

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**. 5

Segundas opiniones	34
Atención de urgencia	35
Atención hospitalaria	35
Atención de emergencia	35
Teledoc®	36
Cómo surtir recetas	36
Servicios de salud conductual	37
Programa de recompensas para miembros	38
Programas de manejo de enfermedades	39
Asuntos relativos al fin de la vida, incluida información sobre directrices anticipadas	39
Programas de mejora de la calidad	42
Sección 12: Beneficios de su plan: servicios de asistencia médica administrada	43
Beneficios de su plan: beneficios ampliados	61
Sección 13: Información útil del programa de atención a largo plazo (LTC)	69
Sección 14: Beneficios de su plan: servicios de atención a largo plazo	72
Beneficios de su plan: beneficios ampliados de LTC	77
Sección 15: Satisfacción del miembro	78
Quejas, quejas formales y apelaciones del plan	78
Sección 16: Sus derechos como miembro	83
Sección 17: Sus responsabilidades como miembro	85
Sección 18: Otra información importante	86
Sección 19: Recursos adicionales	89
Sección 20: Formularios	91
Testamento en vida	91
Formulario de representante autorizado	93

Bienvenido al Plan estatal de atención médica administrada de Medicaid de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare tiene un contrato con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de atención de la salud a personas con Medicaid. Esto se denomina **Programa Estatal de Atención Administrada de Medicaid (Statewide Medicaid Managed Care, 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 ayudarle a satisfacer sus necesidades.

Hay muchos tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa de SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un plan de **Asistencia Médica Administrada (Managed Medical Assistance, MMA)**. Si usted es una persona de edad avanzada o adulto con discapacidades, puede recibir servicios en un centro de enfermería y servicios basados en el hogar y la comunidad en un plan de **atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)**. Si tiene una determinada afección médica, como sida, puede recibir atención diseñada para satisfacer sus necesidades en un plan **especializado**.

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

Este manual será su guía para todos los servicios de atención de la salud disponibles para usted. Puede hacernos las preguntas que desee u obtener ayuda para programar citas. Si necesita hablar con nosotros, simplemente llámenos a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 1:

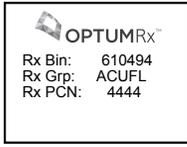
Su tarjeta de identificación (ID) del plan

Debe haber recibido su tarjeta de ID por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información de su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Lleve siempre su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que acuda a una cita de atención de la salud o al hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación para que la use otra persona. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos para que podamos darle una nueva tarjeta.

Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:

Plan de MMA - Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:

 Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 9999999917	Group Number: FLMMA
Member: NEW A ENGLISH	Payer ID: 87726
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (717)851-2521	 Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUFL Rx PCN: 4444
Copay: OFFICE/SPEC/ER/UrgCare \$0/\$0/\$0/\$0	Effective Date 06/01/2017
Limited Rx DOI-0501	MMA Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. <small>Printed: 06/18/18</small>	
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhcommunityplan.com or call.</small>	
For Members: 888-716-8787	TTY 711
AHCA: 888-419-3456	
Behavioral Health: 800-582-8220	
NurseLine: 877-552-8105	
For Providers: UHCprovider.com	877-842-3210
Medical Claims: PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365	
Health Plan: 3100 SW 145th Avenue, Miramar, FL 33027 / Suite 201	
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334	
For Pharmacists: 877-305-8952	Rx Prior Auth: 800-310-6826

8 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Plan de LTC - Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:


UnitedHealthcare Community Plan
 Health Plan (80840) 911-87726-04
 Member ID: 999999910822 Group Number: FLLTC
 Member: REISSUE ENGLISH Payer ID: 87726
 Effective Date: 06/01/2017
 DOI -0501 Health and Home Connection
 Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 06/18/18

This card does not guarantee coverage. For coordination of care, call your case manager. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhcommunityplan.com or call.

For Members: 800-791-9233 TTY 711
 AHCA: 888-419-3456
 Behavioral Health: 800-496-5809
 NurseLine: 877-552-8105

For Providers: UHCprovider.com 877-842-3210
 Medical Claims: PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365
 Health Plan: 3100 SW 145th Avenue, Miramar, FL 33027 / Suite 201

Plan de MMA y LTC - Su tarjeta de identificación se verá de la siguiente manera:


UnitedHealthcare Community Plan
 Health Plan (80840) 911-87726-04
 Member ID: 9999999913 Group Number: FLMMMA
 Member: NEW R ENGLISH Payer ID: 87726
 PCP Name: DOUGLAS GETWELL
 PCP Phone: (610)863-5378
 Effective Date: 06/01/2017
 Copay: OFFICE/SPEC/ER/UrgCare \$0/\$0/\$0/\$0
 PCP referral required for specific specialty services
 DOI -0501 Comprehensive MMA & LTC
 Underwritten by UnitedHealthcare of Florida, Inc.


 Rx Bin: 610494
 Rx Grp: ACUFL
 Rx PCN: 4444

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 06/18/18

This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.uhcommunityplan.com or call.

For Members: 888-716-8787 TTY 711
 AHCA: 888-419-3456
 Behavioral Health: 800-582-8220
 NurseLine: 877-552-8105

For Providers: UHCprovider.com 877-842-3210
 Medical Claims: PO Box 31365, Salt Lake City, UT 84131-0365
 Health Plan: 3100 SW 145th Avenue, Miramar, FL 33027 / Suite 201

Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
 For Pharmacists: 877-305-8952 Rx Prior Auth: 800-310-6826

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

Sección 2:

Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos en lo que respecta a la protección de su información médica, como su nombre, número de identificación del Plan, raza, origen étnico y otras cosas que le identifiquen. No compartiremos ninguna información médica sobre usted que no esté permitida por la ley.

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

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÁ USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información de salud. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web (www.uhcommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información de salud puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información de salud a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información de salud.

10 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus Proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención de la salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información de salud a su empleador. Podemos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 11
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 2: Su privacidad

- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información de salud, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

12 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información de salud. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información de salud sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información de salud durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 13
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 2: Su privacidad

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los siguientes Planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

14 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

Podemos compartirla para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartirla con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartirla para procesar transacciones.
- Podemos compartirla para mantener su cuenta.
- Podemos compartirla para responder a una orden judicial o investigaciones legales.
- Podemos compartirla con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización.

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera personal a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 15
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 3:

Cómo obtener ayuda de nuestros Servicios para Miembros

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

Comunicarse con Servicios para Miembros

Puede llamarnos a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**; de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., pero no en feriados aprobados por el Estado (como Navidad y Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de tener con usted su tarjeta de identificación (ID) para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de ID o si se la roban, llame a Servicios para Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario de atención

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestra línea de enfermería al 1-877-552-8105, TTY 711. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle.

Sección 4:

¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés

Podemos ayudarle. Tenemos personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Proporcionamos esta ayuda de forma gratuita.

Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**
o Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**

Para personas con discapacidades

Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de transmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para oír o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al **711** y proporciónenos nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. El de Servicios para Miembros de MMA es el **1-888-716-8787**, TTY **711** y el de Servicios para Miembros de LTC es el **1-800-791-9233**, TTY **711**. Lo conectarán a nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille
- Ayuda para programar citas o transportarse hasta ellas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios se le proporcionan de forma gratuita.

Sección 5:

Cuando su información cambia

Si cambia su información personal, avísenos lo antes posible. También puede comunicarse con Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted para informarle sobre sus necesidades de atención de la salud.

El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) también necesita saber cuándo cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame al DCF sin cargo al 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. También puede ingresar en línea y realizar los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada a la Autosuficiencia Económica (Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency, ACCESS) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>.

Si recibe Ingresos de Seguridad Complementaria (Supplemental Security Income, SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para informar cambios. Llame a la SSA sin cargo al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o ingresar en línea y realizar cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6:

Su elegibilidad para Medicaid

Debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que UnitedHealthcare Community Plan pague sus servicios de atención de la salud y citas de atención de la salud. Esto se denomina **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid ante el DCF.

A veces, las cosas en su vida pueden cambiar, y estos cambios pueden afectar si aún puede tener Medicaid. Es muy importante asegurarse de tener Medicaid antes de acudir a cualquier cita. Solo porque tenga una tarjeta de ID del plan no significa que aún tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su Medicaid, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarle a verificar su cobertura.

Si pierde elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y lo recupera en un plazo de 180 días, se le inscribirá nuevamente en nuestro plan.

Si usted tiene Medicare

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

Si está esperando un bebé

Si tiene un bebé, este estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para avisarnos que su bebé ha nacido y le ayudaremos a asegurarse de que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 19
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 7:

Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene 120 días para probar nuestro plan. Si no le gusta por cualquier motivo, puede inscribirse en otro plan SMMC en la misma región. Una vez que esos 120 días hayan terminado, usted quedará inscrito en nuestro plan durante el resto del año. Esto se denomina estar **encerrado** en un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días en los que podrá cambiar su plan si lo desea. Esto se denomina su **período de inscripción abierta**. Su período de inscripción abierta se basa en el lugar de Florida donde vive. El Agente de Inscripción del Estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

No tiene la obligación de cambiar de plan durante su período de inscripción abierta. Si decide abandonar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su período de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, estará encerrado hasta su próximo período de inscripción abierta. Puede llamar al Agente 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 proporciona servicios en centros de enfermería y atención en el hogar y la comunidad a personas de edad avanzada y 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, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda con las compras; o supervisión.

Pagamos los servicios que se proporcionan en el centro de enfermería. Si vive en un centro de enfermería de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa de LTC. Si no lo sabe o no cree estar inscrito en el programa de LTC, llame a Servicios para Miembros. Nosotros podemos ayudarle.

El programa de LTC también proporciona ayuda a las personas que viven en su hogar. Pero el espacio es limitado para estos servicios en el hogar, por lo que antes de que pueda recibir estos servicios, debe hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se denomina selección. Los Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Centers, ADRC) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores realizan estos exámenes de selección. Una vez que se haya completado la selección, el ADRC le notificará sobre su colocación en una lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no se le incluye en la lista de espera. Si está en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación y Revisión Integrales para Servicios de Atención a Largo Plazo (Comprehensive Assessment and Review for Long-Term Care Services, CARES) del Departamento de Asuntos de Personas Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumpla otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Una vez que se inscriba en el programa LTC, nos aseguraremos de que continúe cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

Algunos inscritos no tienen que completar el proceso de selección o lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa de LTC. Para obtener más información sobre las excepciones al proceso de selección del Programa de LTC, visite la página web de la Agencia en https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml. Por ejemplo:

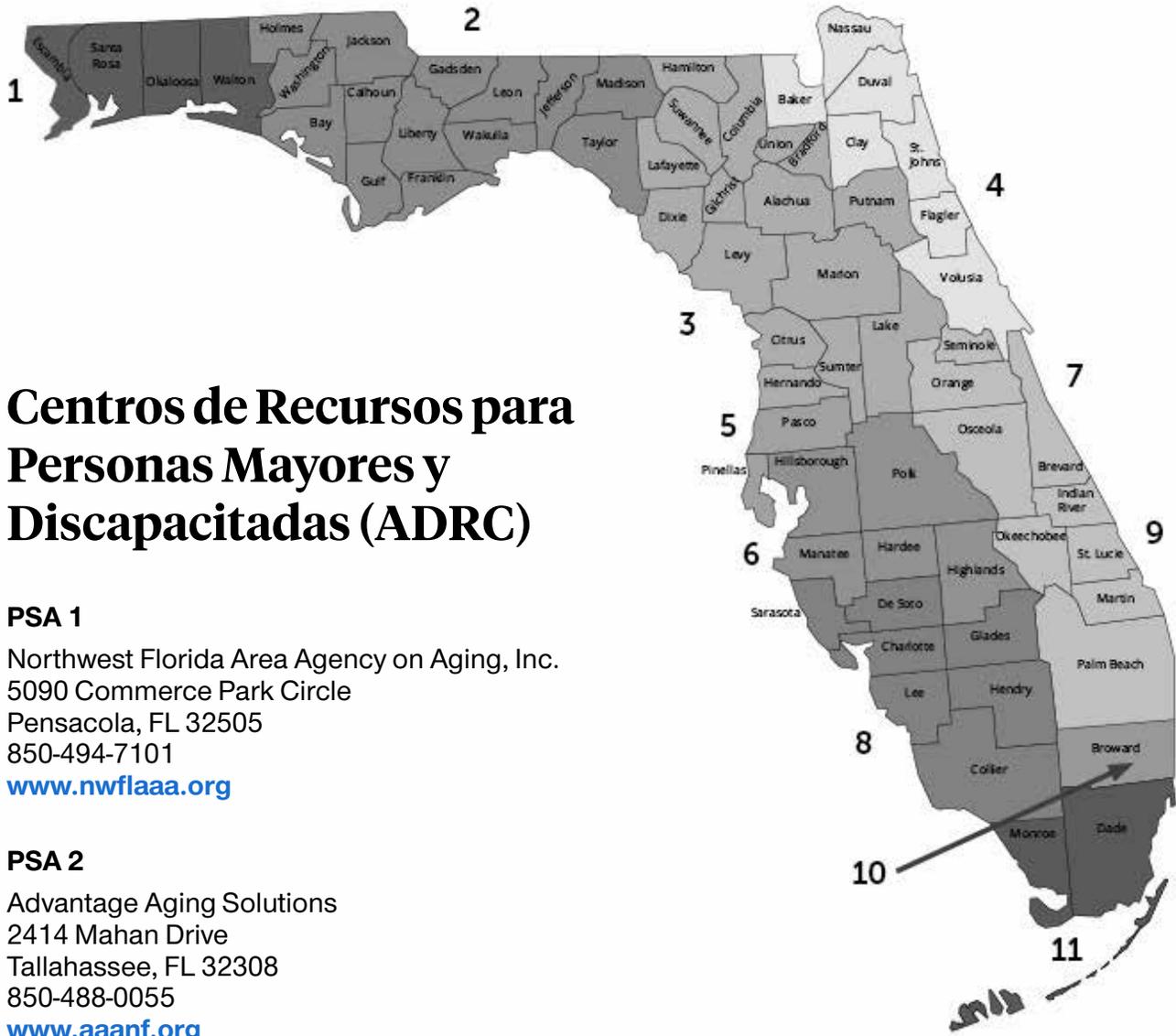
1. ¿Tiene 18, 19 o 20 años de edad?
2. ¿Tiene una enfermedad o afección debilitante crónica de uno o más sistemas fisiológicos u orgánicos?
3. ¿Necesita intervención o supervisión médica, de enfermería o de salud las 24 horas del día?

Si respondió “sí” a las tres preguntas, puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para solicitar una evaluación para el programa LTC.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 21 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan



Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC)

PSA 1

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

PSA 2

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

PSA 3

Elder Options
100 SW 75th Street, Suite 301
Gainesville, FL 32607
352-378-6649
www.agingresources.org

22 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

Sección 7: Inscripción en nuestro plan

PSA 4

Elder Source,
The Area Agency on Aging of Northeast Florida
10688 Old St. Augustine Road
Jacksonville, FL 32257
904-391-6600
www.myeldersource.org

PSA 5

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

PSA 6

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

PSA 7

Senior Resource Alliance
3319 Maguire Boulevard, Suite 100
Orlando, FL 32803
407-514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8

Area Agency on Aging
for Southwest Florida, Inc.
2830 Winkler Avenue, Suite 112
Fort Myers, FL 33916
239-652-6900
www.aaaswfl.org

PSA 9

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

PSA 10

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

PSA 11

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

Sección 8:

Cómo dejar nuestro plan (cancelar la inscripción)

Dejar un plan se denomina **cancelar la inscripción**. Por ley, las personas no pueden abandonar o cambiar de plan mientras estén encerradas, excepto por motivos específicos. Si desea dejar nuestro plan mientras está encerrado, llame al Agente de Inscripción del Estado para ver si se le permitiría cambiar de plan.

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

- No cubrimos un servicio por motivos morales o religiosos.
- Usted vive y recibe sus servicios de atención a largo plazo de un centro de vivienda asistida, un hogar de atención familiar para adultos o un proveedor de centro de enfermería que estaba en nuestra red pero ya no está en nuestra red.

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de quejas formales y apelaciones²:

- Usted recibe una atención de mala calidad y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber examinado sus registros médicos.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios se retrasaron sin un buen motivo.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame al:

Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**,
o Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**,
o el Agente de Inscripción del Estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

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

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

² Para saber cómo solicitar una apelación, vaya a la Sección 15, Satisfacción del Miembro, en la página 78.

24 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Retiro de nuestro plan (cancelación involuntaria de la inscripción)

La Agencia puede retirarlo de nuestro plan (y a veces del programa SMMC por completo) por ciertos motivos. Esto también se denomina **cancelación involuntaria de la inscripción**. Estos motivos incluyen:

- Usted pierde su Medicaid.
- Usted se muda fuera del lugar donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Usted a sabiendas usa su tarjeta de ID del Plan incorrectamente o deja que otra persona use su tarjeta de ID del Plan.
- Usted falsifica o fragua recetas.
- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta prestarle atención.
- Usted está en el programa de LTC y vive en un centro de vivienda asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no tiene un entorno hogareño y no se trasladará a un centro que tenga un entorno hogareño.³

Si la Agencia lo retira de nuestro plan porque usted infringió la ley o por su comportamiento, no puede volver al programa SMMC.

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

Sección 9:

Gestión de su atención

Si tiene una afección médica o enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos le ayudará a recibir los servicios que necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para administrar su atención de la salud. Si le proporcionamos un administrador de casos y no desea uno, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

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

Si tiene un problema con su atención o algo en su vida cambia, informe a su administrador de casos y este le ayudará a decidir si sus servicios necesitan cambiar para ayudarlo mejor.

Cómo cambiar de administrador de casos

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

Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos

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

- No le gusta un servicio
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios
- Sus servicios no son correctos
- Usted obtiene otro seguro de salud
- Va al hospital o la sala de emergencias
- Su cuidador ya no puede ayudarlo
- Su situación de vida cambia
- Cambia su nombre, número de teléfono, dirección o condado

Solicitud de poner sus servicios en espera

Si algo cambia en su vida y necesita detener sus servicios durante un tiempo, informe a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que rellene y firme un formulario de consentimiento para la suspensión voluntaria para poner en espera sus servicios.

Nueva tecnología

Las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos son examinadas por el Comité de Evaluación Tecnológica de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El equipo utiliza pautas nacionales y evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar el equipo, procedimiento o medicamento nuevo.

Servicios de gestión de la utilización

UnitedHealthcare presta servicios de gestión de la utilización para asegurarse de que reciba la atención adecuada en el momento adecuado y en el entorno adecuado. Para obtener más información sobre la gestión de la utilización, llame al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. si tiene preguntas. Le explicaremos cómo funciona la UM y qué significa para su atención. El correo de voz está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hay disponible asistencia adicional en otros idiomas, y podemos proporcionarle los materiales en un idioma o formato que le resulte fácil de entender.

Programas de gestión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan quiere que obtenga la atención adecuada para usted, sin recibir atención que no necesita. Ayudamos a asegurarnos de que reciba la atención adecuada tomando decisiones basadas en la necesidad médica, la idoneidad y si se trata de un beneficio cubierto. Para asegurarnos de que las decisiones sean justas, no recompensamos al personal que toma estas decisiones por decir que no. Si tiene preguntas sobre cómo se toman estas decisiones, llame al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Política y procedimientos de revisión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan tiene normas y pasos que seguimos al tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención de la salud proporcionados sean necesarios desde el punto de vista médico, sean adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. Nos aseguramos de que se brinde atención de calidad. Los criterios utilizados en nuestra toma de decisiones están disponibles para usted y su médico si los solicitan.

Nuestros empleados y proveedores no son recompensados de manera alguna por no brindarle la atención o los servicios que usted necesita, ni por decir que no debe recibirlos.

También existen algunos tratamientos y procedimientos que necesitamos revisar antes de que los reciba. Sus proveedores saben cuáles son y se encargarán de avisarnos para que los revisemos. La revisión que hacemos se denomina revisión de utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la revisión de utilización, puede hablar con nuestro personal. Nuestro personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en el **1-888-716-8787**, TTY **711**. Se encuentran disponibles servicios de asistencia de idiomas.

Sección 10:

Cómo acceder a los servicios

Antes de que reciba un servicio o acuda a una cita de atención de la salud, tenemos que asegurarnos de que necesite el servicio y de que sea médicamente adecuado para usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Para ello, examinamos sus antecedentes médicos y la información de su médico u otros proveedores de atención médica. Luego decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Utilizamos reglas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores de nuestro plan

En su mayoría, debe utilizar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, establecimientos y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos. Usted puede elegir cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor de atención médica que no está en nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o servicio.

Encontrará una lista de proveedores que están en nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia del directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

Puede obtener información sobre los médicos de la red en myuhc.com/CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros. Podemos brindarle la siguiente información:

1. Nombre, dirección, número de teléfono
2. Calificaciones profesionales
3. Especialidad
4. Certificación de la junta médica
5. Idiomas que habla el proveedor
6. Información sobre la facultad de medicina a la que asistió y el programa de residencia
7. Estado de la certificación de la junta médica

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 29
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 10: Cómo acceder a los servicios

Si está en el programa de LTC, su administrador de casos es la persona que le ayudará a elegir un proveedor de servicios que esté en nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que usted elija un proveedor de servicios, se pondrá en contacto con él para comenzar 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 de la salud y otras partes de su vida.

Proveedores que no están en nuestro plan

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

- Suministros y servicios de planificación familiar
- Servicios de salud preventivos para mujeres, como exámenes de mama, exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y atención prenatal
- Tratamientos para enfermedades de transmisión sexual
- Atención de emergencia

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no forme parte de nuestra red. Recuerde consultar con nosotros antes de utilizar un proveedor que no forme parte de nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cuando pagamos sus servicios odontológicos

Su plan odontológico cubrirá la mayoría de sus servicios odontológicos, pero algunos servicios pueden estar cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. La siguiente tabla le ayudará a comprender qué plan paga por un servicio.

Tipo de servicio(s) odontológico(s)	El plan odontológico cubre	El plan médico cubre
Servicios odontológicos	Cubierto cuando visita a su dentista o higienista dental.	Cubierto cuando visita a su médico o personal de enfermería.
Servicios odontológicos programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubierto por servicios odontológicos de su dentista.	Cubierto para médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos.
Visita al hospital por un problema odontológico	No tiene cobertura.	Tiene cobertura.

30 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Tipo de servicio(s) odontológico(s)	El plan odontológico cubre	El plan médico cubre
Medicamentos recetados para una visita o un problema odontológico	No tiene cobertura.	Tiene cobertura.
Transporte a su consulta o servicio odontológico	No tiene cobertura.	Tiene cobertura.

Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711** o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711** para obtener ayuda con la organización de estos servicios.

¿Qué debo pagar?

Es posible que deba pagar las citas o los servicios que no estén cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos proporcionar en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Los miembros de Medicaid no tienen copagos. Recuerde, solo porque un servicio esté cubierto, no significa que lo necesitará. Es posible que deba pagar los servicios si no los aprobamos primero.

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

Servicios para niños⁴

Debemos proporcionar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros que tengan entre 0 y 20 años. Esto es una exigencia legal. Esto así incluso si no cubrimos un servicio, o si el servicio tiene un límite. Siempre que los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- no tendrán límites en dólares, o
- no tendrán límites de tiempo, como límites diarios o por hora.

Es posible que su proveedor deba pedirnos su aprobación antes de brindarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

⁴ También conocidos como requisitos de “Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos” (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).

Sección 10: Cómo acceder a los servicios

Servicios cubiertos por el sistema de entrega de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de UnitedHealthcare Community Plan

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de que UnitedHealthcare Community Plan cubra estos servicios:

- Análisis del comportamiento (Behavior Analysis, BA)
- Programa de equivalencia certificada del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD)
- Exención del presupuesto individual (Individual Budgeting, iBudget) de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por discapacidades del desarrollo
- Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por disautonomía familiar (Familial Dysautonomia, FD)
- Fármacos relacionados con factores de hemofilia
- Servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility/Intellectual Disabilities, ICF/IID)
- Programa de equivalencia escolar certificada de Medicaid (Medicaid Certified School Match, MCSM)
- Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad modelo
- Servicios de la audición para recién nacidos
- Servicios de atención pediátrica prolongada recetada
- Programa de equivalencia para abuso de sustancias del condado

Esta página web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios mencionados anteriormente y cómo acceder a estos servicios: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

Objeciones morales o religiosas

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

Sección 11:

Información útil sobre sus beneficios

Elegir a un proveedor de atención primaria (PCP)

Si tiene Medicare, comuníquese con el número que figura en su tarjeta de ID de Medicare para obtener información sobre su PCP.

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, enfermero practicante o asistente médico. Usted se comunicará con su PCP para concertar una cita para recibir servicios como controles regulares, vacunas (inmunizaciones) o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. Esto se denomina **remisión**. Puede elegir su PCP llamando a Servicios para Miembros.

Puede elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia o puede elegir un PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, le asignaremos un PCP para usted y su familia. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para cambiar de PCP, llame al Servicios para Miembros.

Elección de un PCP para su hijo

Puede elegir un PCP para el bebé antes de que nazca. Podemos ayudarle con esto también si llama a Servicios para Miembros. Si no elige un PCP para el momento del nacimiento de su bebé, nosotros elegiremos uno por usted. Si desea cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Es importante que seleccione un PCP para su hijo de modo de asegurarse de que reciba las visitas de bienestar del niño cada año. Las visitas de bienestar del niño son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son revisiones periódicas que les ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber qué está sucediendo con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir inyecciones (inmunizaciones) en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo sano.⁵ Puede llevar a su hijo a un pediatra, a un proveedor de atención familiar u otro proveedor de atención médica.

No necesita una derivación para visitas de bienestar del niño. Además, no se cobra por las visitas de bienestar del niño.

Atención de especialistas y derivaciones

A veces, es posible que deba consultar a un médico que no sea su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su PCP. Su PCP puede derivarlo a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención de la salud.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informar a su administrador de casos sobre sus **derivaciones**. El administrador de casos trabajará con el especialista para brindarle atención.

Segundas opiniones

Tiene derecho a una **segunda opinión** médica sobre la atención de la salud que recibe. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver lo que tiene para decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. No se le cobrará por obtener una segunda opinión.

Su PCP, administrador de casos o Servicios para Miembros pueden ayudarle a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no forme parte de nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener la segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que usted lo consulte.

⁵ Para obtener más información sobre las pruebas de detección y evaluaciones recomendadas para niños, consulte “Recomendaciones para la atención preventiva de la salud pediátrica: cronograma de periodicidad” en el **Cronograma de periodicidad** (aap.org).

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 en un plazo de 48 horas. Su salud o vida no suelen estar en peligro, pero usted no puede esperar a ver a su PCP o es algo que ocurre después de que el consultorio de su PCP ha cerrado.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario del consultorio y no puede ponerse en contacto con su PCP, diríjase a la sala de emergencias más cercana.

También puede encontrar el centro de Atención de Urgencia más cercano llamando a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o ingresando en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Atención hospitalaria

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

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

Atención de emergencia

Tiene una **emergencia** médica cuando está tan enfermo o lesionado que su vida o su salud están en peligro si no recibe ayuda médica de inmediato. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Fracturas óseas
- Sangrado que no se detiene
- Está embarazada, en trabajo de parto o sangrando
- Dificultad para respirar
- Repentinamente no puede ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos servicios que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerle con vida o evitar que empeore. Generalmente se proporcionan en una sala de emergencias.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

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

No es necesario que el hospital o el establecimiento formen parte de nuestra red de proveedores ni que se encuentre en nuestra área de servicio. Tampoco necesita obtener la aprobación con anticipación para recibir atención de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su casa, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios para Miembros cuando pueda y avísenos.

Teledoc®

Si tiene un problema que no es una emergencia, evite la espera de la sala de emergencias y de la atención de urgencias y hable con un médico en minutos. Teladoc® le conecta con un médico desde donde esté, ya sea desde su casa, en el trabajo o si anda en la calle. Y no tiene ningún costo para usted.

Comenzar es fácil

Visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com), descargue la aplicación Teladoc o llame al 1-800-Teladoc (835-2362) para hablar con un médico en cualquier momento de forma gratuita.

Cómo surtir recetas

Cubrimos un rango completo de medicamentos recetados. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se denomina **Lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Cubrimos medicamentos **de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero a menudo son más baratos que los medicamentos de marca. Funcionan de la misma manera. A veces, es posible que tengamos que aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que se surta su receta.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red de proveedores. Asegúrese de traer su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

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

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Algunos medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos necesitan autorización previa. Esto significa que deben aprobarse antes de que usted los reciba. Cuando un medicamento necesita autorización previa, su médico debe comunicarse con nuestro Departamento de Farmacia. Allí revisarán la solicitud del médico. La decisión puede tardar hasta 24 horas una vez que se proporciona toda la información medicamentosa necesaria. Se les informará a usted y a su médico el resultado. No hay copagos por medicamentos recetados para los miembros de Medicaid.

Información sobre farmacias especializadas

En algunos casos, es posible que le receten un medicamento que la mayoría de las farmacias estándares no tienen en existencias, y que solo se puede surtir en una farmacia especializada.

Si esto ocurre, UnitedHealthcare puede asignarle una farmacia especializada de la red para que le ayude a surtir la receta en su área. Si se le asigna una farmacia especializada, recibirá una carta con el nombre y la ubicación.

Si prefiere otra farmacia especializada, tiene 30 días para solicitar un cambio llamando a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o ingresando en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Después de 30 días, su solicitud deberá dirigirse por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
3100 SW 145th Avenue
Miramar, FL 33027

Servicios de salud conductual

Hay ocasiones en las que es posible que deba hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Sentirse siempre triste
- No querer hacer las cosas que solía disfrutar
- Sentirse inútil
- Tener problemas para dormir
- No tener ganas de comer
- Abuso de alcohol o drogas
- Problemas en su matrimonio
- Inquietudes sobre crianza de los hijos

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 37
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudar con los problemas que podría enfrentar. Puede llamar a un proveedor de salud del comportamiento para una cita. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud conductual de los siguientes modos:

- Llamando a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**;
Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**
- Visitar nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan

Hay siempre alguien para brindarle asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita un referido de su proveedor de atención primaria para recibir servicios de salud conductual.

Si piensa en lastimarse o lastimar a otras personas, llame al 911. También puede ir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si está fuera de nuestra área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP si puede. Haga un seguimiento con el médico en el plazo de 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para transferirlo a un hospital o proveedor que forme parte de la red de nuestro plan una vez que se encuentre estable.

Programas de Recompensas para Miembros

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

Programa de incentivos por abuso de sustancias: trabajará con su médico para establecer y completar objetivos. Puede unirse al programa de distintas maneras. Puede llamar a su médico, hablar con su administrador de casos o completar una evaluación de salud por Internet. También puede optar por tener un administrador de casos de salud conductual diferente. Puede obtener recompensas cada vez que completa una etapa del objetivo. Para obtener la recompensa, su médico debe firmar un formulario cuando se cumpla el objetivo.

Dejar de fumar: ¿fuma? Si la respuesta es afirmativa, ¿quiere intentar dejar de fumar? Tenemos un programa para dejar de fumar disponible sin costo alguno.

Asesoramiento sobre salud para bajar de peso: este programa le ayudará a establecer metas para tener una vida más saludable. Trabjará con un asesor a través del teléfono. También recibirá correos con consejos para tener una vida saludable. Puede llamar a su médico o completar una evaluación de salud por Internet.

Bloques de bebé: este es un programa basado en la web. Recibirá mensajes de texto y correos electrónicos. Puede inscribirse para recibir recordatorios de sus visitas al médico mientras esté embarazada. Una vez que nazca su bebé, recibirá consejos para saber cuándo llevar a su bebé a los exámenes de control. Puede obtener recompensas por realizar todas sus visitas al médico. También puede obtener recompensas por acudir a todos los controles médicos del bebé hasta que tenga 15 meses.

Si decide cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan, perderá cualquier recompensa del programa. Si pierde la elegibilidad para Medicaid durante más de 180 días calendario y no se le restablece automáticamente, perderá las recompensas del programa ganadas. Recuerde que las recompensas no se pueden transferir. Si deja nuestro Plan durante más de 180 días, no podrá recibir su recompensa. Si tiene preguntas o desea unirse a cualquiera de estos programas, llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o visite myuhc.com/CommunityPlan.

Programas de manejo de enfermedades

Tenemos programas especiales disponibles que le ayudarán si tiene alguna de estas afecciones.

- Cáncer
- Diabetes
- Asma
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Salud conductual

Asuntos relativos al fin de la vida, incluida información sobre directrices anticipadas

El derecho a decidir del paciente

Todos los inscritos mayores de 18 años que estén en centros de atención de la salud como hospitales, residencias de ancianos, instituciones para enfermos terminales, agencias de atención de la salud domiciliaria y organizaciones para el mantenimiento de la salud tienen ciertos derechos conforme a la ley de Florida.

Tiene derecho a completar un documento conocido como “Directriz anticipada”. Este documento indica por anticipado qué tipo de tratamiento desea o no si sufre de afecciones médicas especiales y graves, que le impidan tomar sus propias decisiones. Por ejemplo, si entra en coma, una Directriz anticipada le informaría al personal del centro de salud sus deseos específicos sobre las decisiones que afecten su atención.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 39
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

¿Qué es una directriz anticipada?

Una Directriz anticipada es una declaración escrita que se realiza frente a un testigo por anticipado respecto de una enfermedad o lesión grave, en cuanto a la forma en que desea que se tomen las decisiones médicas. Existen dos tipos de Directrices anticipadas:

- Un testamento en vida
- Designación de un sustituto para el cuidado de la salud

Una Directriz anticipada le permite indicar sus elecciones sobre la atención médica o designar a alguien para que tome esas decisiones por usted, si no puede tomar decisiones respecto del tratamiento de atención médica. Una Directriz anticipada le puede permitir tomar decisiones sobre su futuro tratamiento médico.

¿Qué es un testamento en vida?

Un testamento en vida, por lo general, indica el tipo de atención de la salud que desea recibir o no si no puede tomar decisiones usted mismo. Se denomina “testamento en vida” porque entra en vigencia cuando aún está vivo. Las leyes de Florida establecen un formulario recomendado para los Testamentos vitales. Puede usar ese formulario u otro. Es posible que desee hablar con un abogado o con su médico para estar seguro de que completó el testamento en vida y para garantizar que se comprenderán sus deseos.

¿Qué es una designación de un sustituto para la atención de la salud?

La designación de un representante para la atención de la salud es un documento firmado, fechado y atestiguado que designa a una persona, como un cónyuge, un hijo o un amigo cercano como su representante para tomar decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.

Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o quiera evitar. Las leyes de Florida establecen un formulario que puede utilizar para la designación de dicho representante. Puede usar ese formulario u otro. Podrá designar a una segunda persona para que reemplace a la primera en caso de que la primera no esté disponible.

¿Cuál es el más adecuado?

Puede tener un testamento en vida y una designación de representante para la atención de la salud, o puede combinarlos en un único documento que describa las opciones de tratamiento en diversas situaciones y que designe a una persona para tomar las decisiones médicas en caso de que usted no las pueda tomar.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

¿Debo redactar una directriz anticipada según la ley de Florida?

No, no hay ninguna obligación legal de completar una Directriz anticipada. Sin embargo, si no hizo una Directriz anticipada, como completar una designación de representante para la atención de la salud o un testamento en vida, alguien más podrá tomar las decisiones de atención de la salud. Estas decisiones podrán ser tomadas por un tutor designado por un tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, sus padres, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano, en este orden. Esta persona se denominará apoderado.

¿Puedo cambiar de opinión después de redactar un testamento en vida o designar un representante para atención de la salud?

Sí, puede modificar o cancelar estos documentos en cualquier momento. Cualquier cambio debe realizarse por escrito, firmado y fechado.

¿Qué debo hacer con mi Directriz anticipada si elijo tener una?

Asegúrese de que alguien, como su médico primario, abogado o familiar sepan que usted tiene una Directriz anticipada y donde se encuentra. Considere las posibilidades incluidas a continuación:

- Si ya ha designado un representante para atención de la salud, entregue una copia del original a esa persona.
- Entregue una copia de su Directriz anticipada a su médico para que la agregue a su expediente médico.
- Conserve una copia de la Directriz anticipada en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente.
- Conserve una tarjeta o nota en su bolso o billetera, que indique que usted tiene una Directriz anticipada y el lugar donde se encuentra.
- Entregue una copia de su Directriz anticipada a UnitedHealthcare Health and Home Connection.
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Asuntos de Personas Mayores (Department of Elder Affairs, DOEA) por incumplimiento de las directrices anticipadas.

Si modifica su Directriz anticipada, asegúrese de que su médico, abogado, familiar y UnitedHealthcare Health and Home Connection tengan la copia más actual.

Tenga en cuenta lo siguiente: Tiene derecho a elegir un nuevo proveedor de atención médica en situaciones en las que un proveedor de atención médica no pueda seguir la Directriz anticipada de su paciente, debido a objeciones de conciencia. Para obtener más información, pregúntele al personal a cargo de su atención o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.

La ley del estado de Florida exige que cualquier cambio a las leyes sobre Directrices anticipadas sea informado a usted lo más pronto posible, pero dentro de los noventa (90) días luego de la fecha de vigencia del cambio.

Si considera que su proveedor no está siguiendo las leyes y reglamentaciones sobre Directrices anticipadas, podrá presentar una reclamación llamando a la línea gratuita de Quejas del consumidor al 1-888-419-3456.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 41
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 11: Información útil sobre sus beneficios

¿Cómo puedo realizar una Directriz anticipada?

Puede hablar con su médico de atención primaria, un abogado o visitar <http://flsenate.gov/Statutes>.

Para obtener más información

Si le gustaría recibir más información sobre cómo elaborar una Directriz anticipada, comuníquese con uno de estos organismos:

Choice in Dying
200 Varick Street
New York, NY 10014
1-800-989-9455

State Ombudsman Office
6600 SW 57th Avenue
Miami, FL 33143
1-888-831-0404

American Association of Retired Persons (AARP) — Para solicitar #D155294 y #D15529 públicos, escriba a:

AARP Fulfillment
606 E Street NW
Washington, D.C. 20049
1-888-687-2277

Si está en el programa de LTC, también ofrecemos programas para la demencia y el Alzheimer.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que obtenga atención de la salud de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Los programas son:

- Seguridad en el hogar y prevención de caídas
- Información sobre directrices anticipadas
- Asistencia para la prevención de la violencia doméstica

Llame al Servicio al Cliente para verificar los servicios cubiertos. Los servicios que se consideran experimentales y cosméticos no están cubiertos. Para un servicio de asesoramiento o derivación que el plan de salud no cubre debido a objeciones morales o religiosas, el plan de salud no necesita proporcionar información sobre cómo y dónde obtener el servicio. También tiene derecho a hablarnos de los cambios que cree que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para comunicarnos sus ideas, llame al **1-888-716-8787**, TTY **711**; Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**; o visite myuhc.com/CommunityPlan.

42 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 12:

Beneficios de su plan: servicios de asistencia médica administrada

La siguiente tabla enumera los servicios médicos que cubre nuestro Plan. Recuerde que es posible que necesite una derivación de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que nosotros los paguemos.⁶

Es posible que haya algunos servicios que no cubrimos, pero que de todos modos estén cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al 1-877-254-1055. Si necesita transporte hacia cualquiera de estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar al 1-866-372-9892 (TTY 1-844-488-9724) para programar un viaje.

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

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

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

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de instalaciones receptoras para adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que tienen dificultades con la adicción a las drogas o al alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de alergia	Servicios para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son causados por una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia en la piel o la sangre médicamente necesarias y hasta 156 dosis al año de vacunas contra la alergia.	No
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando necesita atención de emergencia mientras se le transporta al hospital o asistencia especial cuando se le transporta entre establecimientos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de desintoxicación ambulatorios	Servicios prestados a personas con abstinencia de las drogas o el alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios en centros de cirugía ambulatoria	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no sea un hospital (para pacientes ambulatorios).	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante la cirugía u otros procedimientos médicos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de atención asistida	Servicios proporcionados a adultos (mayores de 18 años) ayudan con las actividades de la vida diaria y la toma de medicamentos.	Cubrimos 365/366 días de servicios al año, según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de evaluación de la salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Una nueva evaluación al año • Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día) Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios de cobertura de 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 al año, lo que incluye terapia, servicios de apoyo y planificación de atención postratamiento.	Sí
Servicios de salud conductual: bienestar infantil	Un programa especial de salud mental para niños inscritos en un programa del DCF.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 45
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas cardíacas • Procedimientos quirúrgicos cardíacos • Dispositivos cardíacos 	Sí
Servicios de administración de casos dirigidos de salud pediátrica	Servicios proporcionados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarles a obtener atención de la salud y otros servicios. O Servicios prestados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios médicos de cuidado de acogida.	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del DOH. O Su hijo debe recibir servicios médicos de cuidado de acogida.	No
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento de manipulación de desalineaciones de las articulaciones, especialmente la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar a los nervios, músculos y órganos.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • 24 visitas del paciente al año, por miembro • Radiografías 	Sí

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios clínicos	Servicios de atención de la salud proporcionados en un departamento de salud del condado, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural.	Visitas a un centro de salud federalmente calificado o visita a una clínica de salud rural, médicamente necesarias.	No
Servicios de unidad de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se brindan en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según lo prescrito por su médico responsable, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de hemodiálisis • Tratamientos de diálisis peritoneal 	No
Servicios del centro de entrega	Servicios proporcionados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a recibir tratamiento o vivienda.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 47 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de suministros médicos y Equipo Médico Duradero	El equipo médico se utiliza para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se usa una y otra vez, e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos destinados a un solo uso y luego desechados.	Según sea médicamente necesario; se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-716-8787 para obtener más información.	Se requiere autorización previa solo en entornos ambulatorios, para incluir el domicilio del paciente y debe ser superior a \$500.
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos en el desarrollo y otras afecciones.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial de por vida, realizada por un equipo. • Hasta 3 exámenes de detección al año. • Hasta 3 evaluaciones de seguimiento al año. • Hasta 2 sesiones de capacitación o apoyo por semana. 	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital debido a una emergencia.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación y gestión	Servicios para las visitas al médico para mantenerse saludable y prevenir o tratar enfermedades.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección de salud para adultos (control) por año • Las visitas de bienestar del niño se realizan en función de la edad y las necesidades de desarrollo • Una visita al mes para las personas que viven en centros de enfermería • Hasta dos visitas al consultorio al mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones 	No
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 26 horas por año 	No
Servicios gastro-intestinales	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades del estómago o del sistema digestivo.	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos según sea médicamente necesario 	Sí
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades de los genitales o del sistema urinario.	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos según sea médicamente necesario 	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de terapia de grupo	Servicios para que un grupo de gente tenga sesiones de terapia con un profesional de la salud mental.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 39 horas por año. Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios de audición	Pruebas auditivas, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según lo prescrito por su médico responsable, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> Implantes cocleares Un nuevo audífono por oído, una vez cada 3 años Reparaciones 	Sí
Servicios de salud en el hogar	Servicios de enfermería y asistencia médica que se proporcionan en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 4 visitas al día para las beneficiarias embarazadas y beneficiarios con edades comprendidas entre 0 y 20 años Hasta 3 visitas al día para todos los demás beneficiarios 	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios para pacientes terminales	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están al final de su vida para ayudar a mantenerlas cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	Cubiertos según sea médicamente necesario. Copago: Consulte la información sobre Responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; es posible que tenga Responsabilidad del paciente para los servicios de cuidados paliativos, ya sea que viva en el hogar, en un centro o en un centro de enfermería.	No
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia personales con un profesional de la salud mental.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: • Hasta 26 horas por año Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	Atención médica que usted recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se utilice para tratarle.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en función de la edad y la situación, cuando sea médicamente necesario: • Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años • Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (hay días adicionales cubiertos para emergencias)	La admisión requiere autorización previa.
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de la piel.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 51 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros elementos del cuerpo para detectar afecciones, enfermedades o dolencias.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios médicos de cuidado de acogida	Servicios que ayudan a los niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida.	Debe estar bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias.	No
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a las personas que tienen dificultades con la adicción a las drogas.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de gestión de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones para tomar medicamentos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Administración de casos dirigida a la salud mental	Servicios para ayudar a obtener atención de la salud y de salud conductual para personas con enfermedades mentales.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de transporte que no sean de emergencia.	Transporte de ida y vuelta para todas sus citas médicas. Esto podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículo.	Cubrimos los siguientes servicios para destinatarios que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> • Viajes fuera del estado • Transferencias entre hospitales o establecimientos • Acompañantes cuando sea médicamente necesario 	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 53 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios en Centros de Enfermería	Atención médica o de enfermería que usted recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Esto puede ser una estadía de rehabilitación a corto plazo o a largo plazo.	Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sea médicamente necesario. Copago: Consulte la información sobre Responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de habitación y alimentación.	La admisión requiere autorización previa.
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.	Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos, por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1,500, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una en el momento de la entrega y una 6 meses después 	Sí
Servicios de cirugía de la boca	Servicios que proporcionan extracciones de dientes y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	La atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero no se queda durante la noche. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se utilice para tratarle.	<p>Los servicios de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios.</p> <p>Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para beneficiarios de 21 años o más.</p>	Sí
Servicios para el manejo del dolor	Tratamientos para el dolor duradero que no mejora después de que se hayan proporcionado otros servicios.	<p>Cubiertos según sea médicamente necesario.</p> <p>Es posible que se apliquen algunos límites de servicio.</p>	Sí

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 55 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento 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 para niños de 0 a 20 años y para adultos, por debajo del límite de servicios ambulatorios de \$1,500, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de seguimiento de silla de ruedas, una en el momento de la entrega y una 6 meses después 	Sí
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies.	<p>Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 24 visitas al consultorio por año • Cuidado de pies y uñas • Radiografías y otras imágenes de diagnóstico del pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna • Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna 	No
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para los medicamentos que le receta un médico u otro proveedor de atención médica.	<p>Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de hasta 34 días de medicamentos por receta • Resurtidos, según lo recetado 	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería en el hogar para personas de 0 a 20 años de edad que necesitan atención constante.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 24 horas por día 	Sí
Servicios hospitalarios especializados en psiquiatría	Servicios de salud mental de emergencia que se brindan en un centro que no es un hospital regular.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	Sí
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, CI u otras áreas.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> 10 horas de pruebas psicológicas al año Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a volver a adaptarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar dinero y realizar tareas domésticas.	Cubrimos según sea necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> Hasta 480 horas por año 	No
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes como radiografías, MRI o CAT. También incluyen radiografías portátiles.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 57 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de un centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios proporcionados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de atención especiales para atender afecciones graves.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	La admisión requiere autorización.
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres embarazadas o que desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros anticonceptivos para ayudarle a planificar el tamaño de su familia.	Cubrimos los servicios de planificación familiar médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que formar parte de nuestro Plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si tiene menos de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del sistema respiratorio.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas respiratorias • Procedimientos quirúrgicos respiratorios • Gestión de dispositivos respiratorios 	Es posible que se requiera autorización previa.
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarles a respirar mejor mientras reciben tratamiento por una afección, enfermedad o dolencia respiratoria.	Cubrimos, cuando es necesario desde el punto de vista médico: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación inicial al año • Una nueva evaluación de la terapia cada 6 meses • Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos por semana (máximo de 60 minutos al día) 	Es posible que se requiera autorización previa.

58 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios terapéuticos especializados	Servicios prestados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias.	Cubrimos lo siguiente médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones • Servicios de cuidado de acogida • Servicios en hogares grupales 	Sí
Servicios de patologías del habla y del lenguaje	Los servicios que incluyen pruebas y tratamientos le ayudan a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos y servicios de comunicación • Hasta 210 minutos de tratamiento por semana • Una evaluación inicial al año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación de la comunicación cada 5 años 	Sí
Servicios del programa estatal para pacientes psiquiátricos hospitalizados	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital.	Cubierto según sea médicamente necesario para niños de 0 a 20 años.	Sí
Servicios terapéuticos conductuales en el lugar	Servicios proporcionados por un equipo para evitar que niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean internados en un hospital u otro establecimiento.	Cubrimos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 9 horas al mes Consulte la sección Beneficios ampliados a continuación para obtener información adicional.	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 59 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y atención pre y posquirúrgica.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	Sí
Servicios de ayuda visual	Las ayudas visuales son elementos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (postizos).	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios cuando sean prescritos por su médico: <ul style="list-style-type: none"> • Dos pares de anteojos para niños de 0 a 20 años • Una montura cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos a partir de 21 años • Lentes de contacto • Prótesis oculares 	No
Servicios de atención oftalmológica	Servicios que prueban y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos.	Cubiertos según sea médicamente necesario.	No

Beneficios de su plan: beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos sin cargo. Llame a Servicios para Miembros para preguntar sobre cómo obtener beneficios ampliados.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Acupuntura	Una alternativa no tradicional para el tratamiento del dolor.	Visitas ilimitadas para miembros mayores de 21 años.	Sí
Servicios de salud conductual	Salud mental.	Puede recibir los siguientes servicios para ayudarle con diferentes necesidades de salud conductual: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de evaluación • Servicios diurnos, tratamiento diurno de salud conductual • Servicios de evaluación de detección de salud conductual • Servicios médicos de salud conductual (interacción verbal) • Servicios médicos de salud conductual (gestión de medicamentos) • Servicios médicos de salud conductual (examen de detección de drogas) • Tratamiento asistido con medicamentos. • Rehabilitación psicosocial • Tratamiento por abuso de sustancias o servicios de desintoxicación (ambulatorio) • Terapia (individual/familiar) • Terapia (grupal) • Servicios terapéuticos conductuales en el lugar • Administración de casos dirigida 	

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 61 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicio de teléfono celular	Se proporciona un teléfono celular a quienes califican para ayudar con las tareas diarias.	1 teléfono móvil, 350 minutos, mensajes de texto ilimitados, 1 GB de datos.	Sí
Atención quiropráctica	Una alternativa no tradicional para el manejo del dolor que implica la manipulación de la columna vertebral.	Visitas ilimitadas para miembros mayores de 21 años.	Sí
Análisis cognitivo conductual	Una aplicación que ofrece soluciones clínicas para ayudar a reducir los síntomas del estrés, la ansiedad y la depresión.	Evaluación de la salud y el comportamiento, nueva evaluación. Intervención: individual, grupal, familiar (con o sin el paciente presente). Sin límite.	No
Servicios de Doula (acompañante durante el parto)	Visitas a domicilio para el monitoreo prenatal y posnatal, la evaluación y la atención de seguimiento; y atención y evaluación del recién nacido. El prenatal incluye ritmo cardíaco fetal, la prueba de ausencia de estrés, el monitoreo uterino y el monitoreo de la diabetes gestacional.	Visitas ilimitadas para miembros de hasta 20 años de edad.	Sí

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Equipo médico duradero	Sacaleches de grado hospitalario.	Un (1) sacaleches de grado hospitalario. Uno (1) por embarazo para las mujeres que hayan dado a luz recientemente y cumplan los criterios de necesidad médica.	No
Servicios de audición	Servicios que le ayudan a oír.	Tiene cobertura para exámenes y pruebas de diagnóstico de la audición médicamente necesarios. Para los miembros de 21 años o más, el plan cubre: <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación, ajuste, comprobación y evaluación de audífonos cada 2 años • 1 audífono interno monoaural por oído cada año • 1 audífono de todos los demás tipos por oído cada 2 años 	No
Comidas entregadas a domicilio: tras el alta hospitalaria (hospital o centro de enfermería)	Este servicio le ofrece comidas saludables en su hogar.	Máximo de 3 comidas al año, no más de una unidad al día.	Sí
Comidas entregadas a domicilio: preparación/alivio de desastres	Este servicio le ofrece comidas saludables en su hogar.	Una (1) comida al año; no se puede combinar con terapia nutricional médica.	Sí

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 63 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios de salud domiciliar de enfermería/ asistente	Atención en el hogar proporcionada por un asistente de salud domiciliar, asistente de enfermería certificado, enfermero registrado o enfermero práctico autorizado.	1 visita adicional por día para miembros de 21 años o más, además de las visitas proporcionadas en virtud de los Servicios de Asistencia Médica Administrada enumerados anteriormente.	Sí
Asistencia para vivienda	Soporte para obtener vivienda.	Vivienda asistida, por mes; aumento a mil dólares (\$1,000.00) por persona inscrita elegible de por vida. Se requiere autorización previa. Disponibles para los inscritos en MMA y atención a largo plazo.	Sí
Masaje terapéutico	Terapia de masajes para mejorar la salud y el bienestar.	Visitas ilimitadas para miembros mayores de 21 años.	Sí
Comidas: viajes de un día de transporte que no sea de emergencia	Se proporcionan comidas para un miembro y su cuidador para las visitas médicas necesarias de más de 100 millas por tramo.	\$30 por día.	Sí
Servicios de atención domiciliar/ domésticos relacionados con la salud	Servicios domésticos.	2 limpiezas de alfombras al año para personas con diagnóstico de asma.	Sí
Circuncisión de recién nacidos	Circuncisión de recién nacidos.	El bebé de sexo masculino está cubierto hasta los 28 días de vida.	No

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Asesoramiento nutricional	Visitas con un nutricionista para ayudar con un plan de nutrición y hábitos alimenticios saludables.	Hasta 3 visitas al año, no más de una visita al día.	Sí
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.	Usted tiene cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación/nueva evaluación al año, y • Hasta 7 unidades de terapia por semana, para servicios ocupacionales, físicos y del habla. • Máx. 4 unidades al día 	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios ambulatorios o atención médica que recibe en el hospital sin pasar la noche.	Exención del límite de \$1,500 en servicios hospitalarios ambulatorios. Sin límites en la TEP, servicios de farmacia, profesional, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de radiología, servicios odontológicos de rutina, estudios del sueño, terapia del habla, servicios de esterilización, suministros: médicos/quirúrgicos, radiología terapéutica, terapéutica, trasplante, servicios de tratamiento/sala OBS y servicios de atención de urgencia.	Sí
De venta libre	Asignación para comprar productos de venta libre.	Hasta \$25 por hogar por mes.	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 65 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios prenatales	Atención antes y después del embarazo.	El plan cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • 1 sacaleches de grado hospitalario al año, solo alquiler • 1 sacaleches normal cada 2 años, solo alquiler • Visitas prenatales, 14 visitas para embarazos de bajo riesgo, 18 visitas para embarazos de alto riesgo • Atención posparto, 3 visitas en los 90 días posteriores al parto 	No
Servicios de atención primaria	Visitas al proveedor de atención primaria	Visitas ilimitadas al proveedor de atención primaria	No
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	Usted tiene cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación/nueva evaluación al año, y • Hasta 7 unidades de terapia por semana, para servicios ocupacionales, físicos y del habla. • Máx. 4 unidades al día 	Sí
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que le ayudan a respirar mejor.	Usted tiene cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación/nueva evaluación al año, y • Hasta 7 unidades de terapia por semana, para servicios ocupacionales, físicos y del habla. • Hasta 1 unidad al día para servicios de terapia respiratoria 	No

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.	Usted tiene cobertura para: <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación/nueva evaluación al año, y • Hasta 7 unidades de terapia por semana, para servicios ocupacionales, físicos y del habla. • Máx. 4 unidades al día 	Sí
Clases de natación (Prevención del ahogamiento)	Ayuda con la natación para niños.	Disponible para niños de 2 a 12 años de edad en MMA; \$200 por persona inscrita, máximo de 1000 personas inscritas por período de contrato.	Sí
Vacuna: TDaP	Una vacuna para prevenir el tétanos, la difteria y la tos ferina.	Para miembros de 21 años o más, administrada según las recomendaciones médicas.	No
Vacuna: gripe	Una vacuna para prevenir la gripe.	Para miembros de 21 años o más, administrada según las recomendaciones médicas.	No
Vacuna: herpes zóster	Una vacuna para prevenir el herpes zóster.	Para miembros de 21 años o más, administrada según las recomendaciones médicas.	No
Vacuna: pulmonía	Una vacuna para prevenir la neumonía.	Para miembros de 21 años o más, administrada según las recomendaciones médicas.	No

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, 67 o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Servicios oftalmológicos	Servicios de atención oftalmológica.	<p>Para los miembros de 21 años o más, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen ocular al año • 1 juego de anteojos al año • 1 juego de monturas al año • Suministro para 6 meses de lentes de contacto recetados por un médico 	No
Exención de copagos	No hay copagos por determinados servicios.	<p>Para miembros de 21 años o más, no hay copagos por servicios de quiroprácticos, servicios comunitarios de salud conductual, servicios de salud domiciliaria, servicios ambulatorios hospitalarios, visitas a centros de salud calificados a nivel federal, servicios de laboratorio independientes, servicios de transporte que no sean de emergencia, servicios de enfermería especializada, servicios de optometrista, servicios de médicos y asistentes médicos, servicios de podólogos, servicios de radiografía portátiles, visitas a clínicas de salud rurales, y el uso del departamento de emergencias del hospital para servicios que no sean de emergencias.</p>	No

Sección 13:

Información útil del programa de atención a largo plazo (LTC)

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

Servicios iniciales

Es importante que le conozcamos para asegurarnos de que reciba la atención que necesita. Su administrador de casos programará un horario para acudir a su casa o centro de enfermería para reunirse con usted.

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

- Su salud.
- Cómo se cuida.
- Cómo pasa el tiempo.
- Quién ayuda a cuidar de usted.
- Otras cosas.

Estas preguntas constituyen su **evaluación inicial**. La evaluación inicial nos ayuda a saber qué necesita para vivir de forma segura en su casa. También nos ayuda a decidir qué servicios le ayudarán más.

Desarrollo de un plan de atención

Antes de que pueda comenzar a recibir servicios en virtud del programa de LTC, debe tener un **plan de atención centrado en la persona (plan de atención)**. Su administrador de casos hace su plan de atención con usted. Su plan de atención es el documento que le informa todo sobre los servicios que recibe de nuestro programa de LTC. Su administrador de casos hablará con usted y con cualquier familiar o cuidador que usted desee incluir para decidir qué servicios de LTC le ayudarán. Utilizarán la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan personalizado para usted. Su plan de atención le dirá lo siguiente:

- Qué servicios recibe
- Quién proporciona su servicio (sus proveedores de servicios)
- Con qué frecuencia obtiene un servicio
- Cuando se inicia un servicio y cuando finaliza (si tiene una fecha de finalización)
- Lo que sus servicios están intentando ayudarlo a hacer. Por ejemplo, si necesita ayuda para realizar tareas domésticas ligeras den toda la casa, su plan de atención le dirá que un proveedor de cuidados para acompañantes adultos viene 2 días a la semana para ayudar con sus tareas domésticas ligeras.
- Cómo funcionan sus servicios de LTC con otros servicios que usted obtiene de fuera de nuestro Plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus **objetivos personales**

No solo queremos asegurarnos de que viva de forma segura. También queremos asegurarnos de que esté feliz y se sienta conectado con su comunidad y otras personas. Cuando su administrador de casos esté elaborando su plan de atención, le preguntará por cualquier **objetivo personal** que pueda tener. Puede ser cualquier cosa, pero queremos asegurarnos de que sus servicios de LTC le ayuden a lograr sus objetivos. Algunos ejemplos de objetivos personales incluyen:

- Caminar durante 10 minutos todos los días
- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Ir al centro de personas mayores una vez a la semana
- Traslado de un centro de enfermería a un centro de vivienda asistida

Usted o su **representante autorizado** (alguien en quien confíe y a quien se le permita hablarnos sobre su atención) deben firmar su plan de atención. Así es como usted demuestra que está de acuerdo con los **servicios de su plan de atención**.

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

Actualización de su plan de atención

Cada mes, su administrador de casos le llamará para ver cómo van sus servicios y cómo se encuentra. Si se realiza algún cambio, actualizará su plan de atención y le entregará una nueva copia.

Su administrador de casos vendrá a verlo en persona para revisar su plan de atención cada 90 días (o aproximadamente 3 meses). Este es un buen momento para hablarle sobre sus servicios, lo que funciona y lo que no funciona para usted, y cómo van sus objetivos. Él o ella actualizará su plan de atención con cualquier cambio. Cada vez que cambie su plan de atención, usted o su representante autorizado deben firmarlo.

Recuerde que puede llamar a su administrador de casos en cualquier momento para hablar sobre problemas que tenga, cambios en su vida u otras cosas. Su administrador de casos o un representante del plan de salud están a su disposición cuando los necesite.

Su plan de respaldo

Su administrador de casos le ayudará a elaborar un **plan de respaldo**. Un plan de respaldo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta a prestar un servicio. Por ejemplo, su asistente de salud domiciliaria no vino a darle un baño.

Recuerde: si tiene algún problema para obtener sus servicios, llame a su administrador de casos.

Sección 14:

Beneficios de su plan: servicios de atención a largo plazo

La siguiente tabla enumera los servicios de atención a largo plazo cubiertos por nuestro plan. Recuerde que los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos.⁷

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

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañante para adultos	Este servicio le ayuda a preparar comidas, lavar la ropa y realizar tareas domésticas ligeras.	Sí
Atención de la salud para adultos durante el día	Supervisión, programas sociales y actividades que se realizan en un centro diurno para adultos durante el día. Si está allí durante las horas de las comidas, puede comer allí.	Sí
Servicios de atención asistida	Estos son servicios para las 24 horas si vive en un hogar de cuidado familiar para adultos.	Sí

⁷ Puede encontrar una copia de la Política de cobertura del Programa estatal de atención administrada a largo plazo de Medicaid en http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/Specific/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf.

72 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY 711, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY 711.

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Residencia asistida	Estos son servicios que generalmente se proporcionan en un centro de vivienda asistida. Los servicios pueden incluir limpieza, ayuda para bañarse, vestirse y comer, asistencia con medicamentos y programas sociales.	Sí
Atención de auxiliar de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica que se proporcionan en su hogar para ayudarlo a manejar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	Sí
Control de la conducta	Servicios para necesidades de salud mental o abuso de sustancias	Sí
Capacitación del cuidador	Capacitación y asesoramiento para las personas que ayudan a cuidar de usted.	Sí
Coordinación de la atención/ administración de casos	Servicios que le ayudan a obtener los servicios y la asistencia que necesita para vivir de forma segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de atención que enumere todos los servicios que necesita y recibe.	Sí
Servicios de accesibilidad/ adaptación en el hogar	Este servicio realiza cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y moverse en su hogar de manera segura y más fácil. Puede incluir cambios como instalar barras de apoyo en el baño o un asiento especial para el inodoro. No incluye cambios importantes como alfombras nuevas, reparaciones de techos, sistemas de fontanería, etc.	Sí
Comidas a domicilio	Este servicio le ofrece comidas saludables en su hogar.	Sí
Servicios domésticos	Este servicio le ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina.	Sí

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 73
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Centro para pacientes terminales	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que están al final de su vida para ayudar a mantenerlas cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para familiares o cuidadores.	Sí
Enfermería intermitente y especializada	Ayuda de enfermería adicional si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o la necesita en un horario regular.	Sí
Suministros y equipos médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico se usa una y otra vez, e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y otros artículos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y manejar afecciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen cosas que se usan y luego se desechan, como vendas, guantes y otros artículos.	Sí
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar medicamentos si no puede tomarlos usted mismo.	Sí
Gestión de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos de venta libre y recetados que está tomando.	Sí
Servicios de evaluación nutricional/ reducción del riesgo	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador sobre su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable.	Sí
Servicios en Centros de Enfermería	Los servicios cubiertos en un centro de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia con actividades de la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla.	Sí

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Atención personal	Estos son servicios a domicilio para ayudarle con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Higiene personal 	Sí
Sistemas de respuesta ante emergencia personal (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite llamar para solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento.	Sí
Atención de relevo	Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un breve descanso. Puede utilizar este servicio en su hogar, en un centro de vivienda asistida o en un centro de enfermería.	Sí
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos de la casa.	Sí
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramiento 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 le ayudan a respirar mejor.	Sí
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar.	Sí
Cuidados estructurados de la familia	Servicios proporcionados en su hogar para ayudarle a vivir en casa en lugar de en un centro de enfermería.	Podemos ofrecer la opción de utilizar este servicio en lugar de los servicios de centros de enfermería.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 75
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Transporte	Transporte hacia y desde todos los servicios del programa LTC. Esto podría ser en autobús, una furgoneta que pueda transportar personas discapacitadas, un taxi u otro tipo de vehículo.	Sí

Opción de dirección del participante (PDO) de la atención a largo plazo

Es posible que se le ofrezca la opción de dirección del participante (Participant Direction Option, PDO). Puede utilizar la PDO si utiliza cualquiera de estos servicios y vive en su casa:

- Servicios de cuidado personal
- Servicios domésticos
- Servicios de Atención Personal
- Servicios de compañía para adultos
- Servicios de atención de enfermería intermitente y especializada

La PDO le permite **autodirigir** sus servicios. Esto significa que puede elegir su proveedor de servicios y cómo y cuándo recibe su servicio. Tiene que contratar, formar 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 ayudarle con la PDO.

Si está interesado en la PDO, pídale más detalles a su administrador de casos. También puede solicitar una copia de las Directrices de PDO para leer y ayudarle a decidir si esta opción es adecuada para usted.

Beneficios de su plan: beneficios ampliados de LTC

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

Beneficios ampliados	Descripción de los beneficios	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa
Días de reserva de cama en un centro de residencia asistida/hogar de cuidado familiar para adultos	Hasta treinta días de reserva de cama.	Su cama se reservará durante un máximo de 30 días cada vez que abandone un centro de vida asistida (assisted living facility, ALF) o un hogar de cuidado familiar para adultos (adult family care home, AFCH) durante un mínimo de 30 días entre episodios. El residente debe tener la intención de regresar al centro y continuar efectuando cualquier pago de habitación, alimentación y responsabilidad del paciente.	Sí
Asistencia para la transición: de un centro de enfermería a un entorno comunitario	Exención de transición comunitaria.	Hasta un máximo de \$5,000 por inscrito de por vida. Este dinero ayuda con depósitos para vivienda o servicios públicos, artículos del hogar (por ejemplo, muebles, horno de microondas), artículos de salud y seguridad y gastos de mudanza.	Sí
Sesiones de terapia individual para cuidadores	Servicios terapéuticos conductuales.	Hasta dos sesiones al año.	No
Servicios de transporte no médico	Transporte hacia y desde actividades no médicas.	Una vez al mes.	No

Sección 15:

Satisfacción del miembro

Quejas, quejas formales y apelaciones del plan

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

Además, incluye las inquietudes que pueda tener sobre los procedimientos de revisión previa al servicio (revisión antes del servicio), revisión urgente (revisión rápida debido a problemas de salud), revisión concomitante (revisión durante el servicio) y revisión posterior al servicio (revisión después del servicio).

¿Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos? N/A

	¿Qué puede hacer?	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja	<p>Usted puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamarnos en cualquier momento <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentar resolver su problema en el plazo de 1 día hábil
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja formal	<p>Usted puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escribirnos o llamarnos en cualquier momento Llámenos para pedir más tiempo para resolver su queja formal si cree que más tiempo le ayudará <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar su queja formal y enviarle una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja formal, haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enviarle una carta con nuestro motivo e informarle sobre sus derechos si no está de acuerdo

78 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 15: Satisfacción del miembro

	¿Qué puede hacer?	Qué haremos:
Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una apelación	<p>Usted puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito en el plazo de 60 días desde nuestra decisión sobre sus servicios • Solicitar que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviarle una carta en el plazo de 5 días laborables para informarle que recibimos su apelación • Ayudarle a completar cualquier formulario • Revisar su apelación y enviarle una carta en el transcurso de 30 días para responderle
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida”	<p>Usted puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en el plazo de 60 días desde nuestra decisión sobre sus servicios <p>UnitedHealthcare Community Plan Appeals and Grievance Unit P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131</p> <p>MMA: 1-888-716-8787, TTY 711 LTC: 1-800-791-9233, TTY 711</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darle una respuesta en un plazo de 48 horas después de que recibamos su solicitud • Llamarlo el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida y enviarle una carta en el plazo de 2 días

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787, TTY 711**, 79
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233, TTY 711**.

Sección 15: Satisfacción del miembro

	¿Qué puede hacer?	Qué haremos:
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	<p>Usted puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud.• Pedirnos una copia de sus registros médicos.• Solicitar que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas. <p>* Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>Haremos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionarle transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario• Reiniciar sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted <p>Si usted continuó con sus servicios, es posible que le pidamos que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación rápida del plan

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

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Usted puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir nuestro aviso de resolución de la apelación para el plan, llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
Medicaid Fair Hearing Unit
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906

1-877-254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)

MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con usted o con su representante.

También puede incluir la siguiente información, si cuenta con ella:

- Por qué piensa que se debe cambiar la decisión
- El/los servicio(s) que cree que necesita
- Cualquier información médica que respalde la solicitud
- Quién le gustaría que le ayude con su audiencia imparcial

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

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

Revisión por parte del Estado (para miembros de MediKids)

Cuando usted solicita una audiencia imparcial, un director de audiencias que trabaja para el estado revisa la decisión que se tomó durante la apelación al plan. Puede solicitar una revisión por parte del Estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir la notificación. **Debe finalizar primero su proceso de apelación.**

Puede solicitar una revisión por parte del Estado llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 60127
Ft. Myers, FL 33906

1-877-254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)

MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

Sección 15: Satisfacción del miembro

Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid

Si en la actualidad está recibiendo un servicio que se va a reducir, suspender o finalizar, tiene derecho a continuar recibiendo dichos servicios hasta que se tome una decisión definitiva en una **apelación al plan o audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, no habrá cambios en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

Si sus servicios continúan y nuestra decisión no es a su favor, podemos solicitarle que pague los costos de dichos servicios. No le quitaremos sus beneficios de Medicaid. No podemos solicitar a su familia o representante legal que pague los servicios.

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

- 10 días después de recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios (Notification of Adverse Benefits Determination, NABD), o
- El primer día en que sus servicios se reducirán, suspenderán o cancelarán, o antes de esa fecha.

Sección 16:

Sus derechos como miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, usted también tiene ciertos derechos.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades del miembro.
- Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención de la salud.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios
- Expresar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que esta proporciona.
- Efectuar recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- Recibir un trato respetuoso y cortés.
- Que siempre se tenga en cuenta y respete su dignidad y privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- Saber qué servicios al miembro están disponibles, lo que incluye si hay un intérprete disponible si usted no habla inglés.
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta.
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y comentar abiertamente el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo le ayudarán estos tratamientos.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención de la salud, incluido el derecho a decir que no a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención de la salud.
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- Que le digan cuánto puede costarle un servicio antes de recibirlo.
- Obtener una copia de una factura y 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 83
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 16: Sus derechos como miembro

- 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 la participación en dicha investigación.
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos.
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se añada o corrija la información en sus registros, si es necesario.
- Que se mantenga la privacidad de sus registros médicos y que estos solo se comparta cuando lo exija la ley, o con su aprobación.
- Decidir cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (Directriz anticipada).
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión de un Plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión de un Plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no forme parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que forme parte de nuestro Plan.
- Hablar libremente sobre su atención de la salud y sus preocupaciones sin resultados negativos.
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o sus proveedores de la red le traten mal.
- Obtener atención sin temor a cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se enmienden o corrijan.

Los miembros de LTC tienen los siguientes derechos:

- Estar libres de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Recibir servicios en un entorno hogareño, independientemente de dónde vivan.
- Recibir información sobre cómo participar en su comunidad, establecer objetivos personales y cómo pueden participar en ese proceso.
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesitan.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención de la salud.
- 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, usted también tiene ciertas responsabilidades.

Tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con los proveedores.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo en la medida de lo posible.
- Proporcionar información precisa sobre su salud a su Plan y a sus proveedores.
- Informar a su médico 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.
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado y hacer preguntas.
- Acudir a sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una cita.
- 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 pague por los servicios no cubiertos que reciba.
- Seguir las normas y reglamentos de conducta de los centros de atención de la salud.
- Tratar con respeto al personal de atención de la salud y al administrador de casos.
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención de la salud.
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias verdaderas.
- Notificar a su administrador de casos si hay un cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario por su seguridad.
- Informar sobre fraude, abuso y pago excesivo.

Los miembros de LTC tienen las siguientes responsabilidades:

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 85
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 18:

Otra información importante

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

Si recibe servicios de LTC o de cuidados paliativos, es posible que tenga que pagar una “participación en el costo” por sus servicios cada mes. Esta participación en el costo se denomina “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) le enviará por correo una carta cuando sea elegible (o para informarle sobre los cambios) para los servicios de LTC o de cuidados paliativos de Medicaid. Esta carta se denomina “Aviso de acción de caso” (Notice of Case Action, NOCA). La carta de NOCA le indicará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al establecimiento donde vive, si vive en un establecimiento, como participación en el costo de sus servicios de LTC o cuidados paliativos.

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

Protección de los proveedores de atención de la salud indígena (IHCP)

Los indígenas están exentos de todos los costos compartidos por servicios prestados o recibidos por un proveedor de atención de la salud indígena (Indian Health Care Provider, IHCP) o una derivación en virtud de servicios de salud por contrato.

Plan de emergencia en caso de desastre

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado; 2) Elaborar un plan; y 3) Obtener un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia en caso de desastre, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarle con su plan. Puede llamarlos al 1-850-413-9969 o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org.

Para los miembros de LTC, su administrador de casos le ayudará a crear un plan de desastres.

86 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

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

- No comparta información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie que no sean sus proveedores de confianza
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o las llamadas que no solicitó
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en los mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó, o en las plataformas de redes sociales

Fraude/abuso/pago excesivo en el programa Medicaid

Para reportar sospechas de fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame a la Línea Directa de Quejas del Consumidor a la línea gratuita 1-888-419-3456 o complete un Formulario de Quejas de Fraude y Abuso de Medicaid, disponible en línea en: <https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>.

También puede informarnos sobre fraude y abuso directamente comunicándose con MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**; y LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Abuso/negligencia/explotación de personas

Nunca debe recibir maltrato. Nunca está bien que alguien le golpee o le haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o con el administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si cree que está siendo víctima de maltrato o negligencia, puede llamar a la Línea directa de abuso al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para TTY/TDD al 1-800-955-8771.

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

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

- Si está lastimado, llame a su PCP
- Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano. Consulte la sección sobre **Atención de emergencia** para obtener más información.
- Tenga un plan para llegar a un lugar seguro (el hogar de un amigo o familiar)
- Empaque un bolso pequeño y entrégueselo a un amigo para que se lo guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la Línea nacional de atención de violencia doméstica al 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 87
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Directrices anticipadas

Una directriz anticipada es una declaración escrita o verbal sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo. Algunas personas elaboran directrices anticipadas cuando se enferman mucho o están al final de sus vidas. Otras personas crean directrices anticipadas cuando están sanas. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y comprender estos documentos. Estos documentos no modifican su derecho a recibir beneficios de atención de la salud de calidad. El único objetivo es permitir a los demás saber cuál es su deseo si no puede hablar por usted mismo.

1. Un testamento en vida
2. Designación de un sustituto para el cuidado de la salud
3. Una donación anatómica (de órganos o tejidos)

Puede descargar un formulario de directriz anticipada de este sitio web:

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

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, un familiar o su administrador de casos sepan que usted tiene una directriz anticipada y dónde se encuentra.

Si hay algún cambio en la ley sobre directrices anticipadas, le informaremos en un plazo de 90 días. No es necesario que tenga una directriz anticipada si no desea una.

Si su proveedor no cumple con su Directriz anticipada, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros llamando al MMA **1-888-716-8787**, TTY **711**; y LTC **1-800-791-9233**, TTY **711** o a la Agencia llamando al 1-888-419-3456.

Obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre qué tipo de información puede recibir de forma gratuita. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Sus registros de miembro
- Una descripción de cómo operamos
- Directorio de Proveedores

Sección 19:

Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

La Agencia está comprometida con su misión de proporcionar “Mejor atención de la salud para todos los habitantes de Florida”. La Agencia ha creado un sitio web www.FloridaHealthFinder.gov donde puede ver información sobre las agencias de salud domiciliaria, centros de enfermería, centros de vivienda asistida, centros de cirugía ambulatoria y hospitales de Florida. Puede encontrar los siguientes tipos de información en el sitio web:

- Información actualizada sobre otorgamiento de licencias
- Informes de inspección
- Medidas judiciales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de desempeño
- Folletos de educación para el consumidor
- Testamentos en vida
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluidos los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre diferentes medidas de desempeño en relación con la calidad de la atención proporcionada por los planes. Las medidas permiten al público comprender lo bien que los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver las tarjetas de informe del plan, visite <http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. Puede elegir ver la información de cada plan o de todos los planes a la vez.

Unidad de Vivienda para Personas de Edad Avanzada

La Unidad de Vivienda para Personas de Edad Avanzada proporciona información y asistencia técnica a personas de edad avanzada y líderes comunitarios sobre opciones de vivienda asequible y vivienda asistida. El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida mantiene un sitio web para obtener información sobre centros de vida asistida, hogares de cuidado familiar para adultos, centros de cuidado diurno para adultos y centros de enfermería en <https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options/>, así como enlaces a recursos federales y estatales adicionales.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 89
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Información de MediKids

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

Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas

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

Programa Independiente de Apoyo al Consumidor

El Departamento de Asuntos de Personas Mayores de Florida también ofrece un Programa Independiente de Apoyo al Consumidor (Independent Consumer Support Program, ICSP). El ICSP trabaja con el Defensor del Programa Estatal de Cuidado a Largo Plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas maneras de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <https://elderaffairs.org/programs-services/medicaid-long-term-care-services/statewide-medicaid-managed-care-long-term-care-program/>.

Sección 20:

Formularios

Testamento en vida

Un testamento en vida puede, aunque no obligatoriamente, tener la siguiente forma:

Declaración realizada el día _____ de _____ (año), yo, _____, hago saber de forma deliberada y voluntaria mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias establecidas a continuación, y declaro por la presente que, si en algún momento estoy incapacitado, y

_____ (inicial) Tengo una afección terminal.

O _____ (inicial) Tengo una afección en estadio terminal.

O _____ (inicial) Estoy en un estado vegetativo persistente.

y si mi médico tratante o responsable y otro médico consultor han determinado que no existe una probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha afección, doy instrucciones de que los procedimientos que prolongan la vida se denieguen o retiren cuando la aplicación de dichos procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados paliativos o aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar el consentimiento expreso e informado en relación con la denegación, el retiro o la continuación de procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi representante para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 91
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 20: Formularios

Testamento en vida

Entiendo la trascendencia completa de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para realizar esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional):

(Firmado) _____

Testigo _____

Dirección _____

Testigo _____

Dirección _____

Formulario de representante autorizado

Health and Home Connection utiliza este formulario para obtener su autorización para analizar o divulgar su información de salud personal a una persona que sea su Representante autorizado. Su aprobación en este formulario limita el uso de su información únicamente para dicho fin.

Sección A: Información del afiliado

Al firmar este formulario, comprendo y acepto que Health and Home Connection podrá divulgar mi información de salud personal a mi(s) Representante(s) autorizado(s) mencionado(s) en la Sección B que figura a continuación.

Nombre del afiliado: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de identificación del afiliado: _____

Tenga en cuenta lo siguiente: Esta autorización no permite a su “Representante autorizado” tomar ninguna decisión acerca de su tratamiento ni de su atención directa. Si desea obtener ayuda para tomar decisiones respecto de su atención de la salud y su tratamiento, deberá obtener documentación legal adicional. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su abogado.

Sección B: Uso autorizado o divulgación, uso previsto o divulgación

Comprendo que se puede proporcionar mi información de salud personal a las partes que estén directamente involucradas en mi atención. Además, comprendo que, como parte de la política general de Health and Home Connection, no se proporciona mi información de salud personal a otras partes sin mi autorización por escrito, a menos que esté permitido o sea requerido por la ley. Por esta razón, autorizo (permito) a Health and Home Connection a analizar y proporcionar mi información de salud personal a la(s) persona(s) que se menciona(n) a continuación. Comprendo que esto se hace a fin de ayudarme a recibir los beneficios de mi plan de salud o para el pago de dichos beneficios. Comprendo que existen determinadas partes que deben proteger la privacidad de mi información de salud personal. Estos son proveedores de atención médica y otras partes que están obligadas a proteger la privacidad de dicha información, en virtud de las leyes federales o estatales relacionadas. Si mi Representante autorizado no es un proveedor de atención médica ni otra parte obligada a proteger mi información de salud personal, mi Representante autorizado podrá analizarla o proporcionarla a terceros sin mi permiso. Comprendo y acepto que mi autorización es voluntaria.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 93
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

Sección 20: Formularios

Representante autorizado n.º 1:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con usted: _____

Representante autorizado n.º 2:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con usted: _____

Formulario de representante autorizado:

Comprendo que tengo el derecho de limitar la información que se divulgue en virtud de esta autorización. Por ejemplo, puedo solicitar que se abstengan de informar a mi Representante autorizado acerca de uno o más proveedores de atención médica determinados o determinadas afecciones médicas o enfermedades. Si deseo limitar la información que se divulga a mi Representante autorizado, debo indicarlo a continuación por escrito. Comprendo que al dejar esta sección en blanco, permito que toda mi información médica personal sea conocida por mi Representante autorizado.

Limitaciones en la divulgación:

Sección C: Vencimiento y revocación

Comprendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si no deseo que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección B continúe(n) siendo mi(s) Representante(s) autorizado(s), debo cancelar esta autorización. Comprendo que debo expresarlo por escrito y enviar esta notificación escrita en la que se consigne mi decisión al contacto del plan de salud que figura a continuación. Comprendo que si mi información de salud personal ha sido divulgada antes de recibir mi solicitud por escrito para cancelar esta autorización, mi notificación no podrá anular ninguna acción que se haya llevado a cabo anteriormente.

Sección D: Firma/Autorización

He leído y meditado acerca del contenido de este Formulario de Representante autorizado. Esta autorización describe correctamente mi solicitud a United Healthcare Services, Inc. Comprendo que, al firmar este formulario, otorgo mi permiso al plan de salud para usar o proporcionar mi información de salud personal a la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección B.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

(Únicamente se necesita la firma de un testigo si usted firma con una “X” debido a limitaciones físicas, analfabetismo u otros motivos)

Envíe el formulario de autorización firmado a:

**UnitedHealthcare Health and Home Connection
495 N. Keller Road, Suite 200
Maitland, FL 32751**



UnitedHealthcare Community Plan no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si considera que le han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente.

Si necesita ayuda con su queja, llame a Servicios para Miembros al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

En línea:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de Queja están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Línea gratuita **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo postal:

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

Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-716-8787**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, at no cost to you, are available. Call **1-888-716-8787, TTY 711.**

ATENCIÓN: Si no habla inglés, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles sin costo para usted. Llame al **1-888-716-8787, TTY 711.**

ATANSYON: Si w pa pale Anglè, gen sèvis èd pou lang ki disponib san w pa peye anyen. Rele **1-888-716-8787, TTY 711.**

ВНИМАНИЕ: Если Вы не говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатной языковой помощью. Позвоните по телефону **1-888-716-8787, телетайп 711.**

注意：如果您不會說英文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-716-8787，聽障專線 (TTY) 711。**



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llámenos:

Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711** o
Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**.

También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
3100 SW 145th Avenue
Miramar, FL 33027

**United
Healthcare
Community Plan**

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de MMA al **1-888-716-8787**, TTY **711**, 99
o a Servicios para Miembros de LTC al **1-800-791-9233**, TTY **711**.

[Índice](#)

