Bienvenido

Manual del Miembro de Medicaid 2025
Aprenda sobre sus beneficios de atención medica

AetnaBetterHealth.com/Florida

aetna®

Aetna Better Health® of Florida

2947700-FL-SP (revised 1/2025)

Información útil

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

Servicios para personas con dificultades de la audición y del habla (TTY)
Llame al **711**

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

Salud conductual
1-844-513-4954

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

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

Línea de ayuda de Florida Medicaid
1-877-711-3662

Departamento de Niños y Familias
Línea de información ACCESS
1-866-762-2237, TTY 711

Emergencia (24 horas)
Si tiene una afección que podría causar problemas de salud serios o incluso la muerte si no se trata de inmediato, llame al **911**.

Sitio web
AetnaBetterHealth.com/Florida

Información personal

Mi PCP (proveedor de atención primaria)

Mi número de identificación de miembro

Número de teléfono de mi PCP

MEDICAID DE FLORIDA

MANUAL PARA MIEMBROS

Aetna Better Health® of Florida

Vigente a partir del 1 de febrero de 2025

AetnaBetterHealth.com/Florida

ENGLISH: Attention: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-800-385-4104 (TTY: 711)** or speak to your provider.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. También, están disponibles sin cargo ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindarle información en formatos accesibles. Llame al **1-800-385-4104 (TTY: 711)** o hable con su proveedor.

FRENCH CREOLE: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou lang gratis ki disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè pou bay sèvis nan fòma ki aksesib disponib tou gratis. Rele
1-800-385-4104 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Bạn cũng sẽ được cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp để nhận thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Hãy gọi số **1-800-385-4104 (TTY: 711)** hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của bạn.

PORTUGUESE: Atenção: se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Além disso, oferecemos, sem custo adicional, recursos auxiliares adequados para disponibilizar informações em formatos acessíveis. Ligue para **1-800-385-4104 (TTY: 711)** ou fale com o profissional de saúde responsável pelo seu cuidado.

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務，亦可以免費獲得適當的輔助工具和服務，以便您無障礙地使用資訊。請致電 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 或諮詢您的醫療保健提供者。

FRENCH: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Des aides et services auxiliaires adéquats visant à fournir des informations dans des formats accessibles sont également proposés gratuitement. Appelez le **1-800-385-4104 (TTY: 711)** ou adressez-vous à votre prestataire.

TAGALOG: Paunawa: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na pantulong na device at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **1-800-385-4104 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Кроме того, бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по передаче информации в доступных форматах. Позвоните по номеру **1-800-385-4104 (TTY: 711)** или обратитесь к своему поставщику услуг.

ARABIC: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. وكما تتوفر أيضًا معينات وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-385-4104 (TTY: 711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

ITALIAN: ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati aiuti e servizi ausiliari per fornire informazioni in formati accessibili. Chiamare il numero
1-800-385-4104 (TTY: 711) o parlare con il proprio fornitore.

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie **1-800-385-4104 (TTY: 711)** an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

KOREAN: 주의: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는적절한 보조 도구와 서비스도 무료로 이용할 수 있습니다. **1-800-385-4104 (TTY: 711)**로 전화하거나 제공업체와 통화하세요.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe środki pomocnicze oraz usługi, zapewniające informacje w dostępnych formatach, są również dostępne nieodpłatnie. Zadzwoń pod numer **1-800-385-4104 (TTY: 711)** albo zwróć się do swojego dostawcy.

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી મેળવવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાયતા અને સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. **1-800-385-4104 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

THAI: ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี
มีความช่วยเหลือและบริการเสริมจัดไว้ให้เพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูลผ่านรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ติดต่อหมายเลข **1-800-385-4104 (TTY:711**) หรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณโดย
ตรง

Información de contacto importante

Línea de ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	**1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC)	Disponible las 24 horas
TTY de la línea de ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	TTY: 711	Disponible las 24 horas
Sitio web	**AetnaBetterHealth.com/Florida**	
Dirección	Aetna Better Health of Florida PO Box 818043 Cleveland, OH 44181-8043	

Servicios de transporte: Que no sean de emergencia	Modivcare **1-866-799-4463** Where's my ride? Fuera del horario de atención **1-866-799-4464**
Salud conductual	Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros **1-800-441-5501**
Servicios dentales	Póngase en contacto directamente con su administrador de casos, o llame al **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) para recibir ayuda para coordinar estos servicios.
Para denunciar presuntos casos de abuso, negligencia, abandono, o explotación de niños o adultos vulnerables	**1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)** **TTY: 711** o **1-800-955-8771** https://www.myflfamilies.com/services/abuse/abuse-hotline/how-report-abuse
Para obtener información sobre la elegibilidad para Medicaid	**1-866-762-2237 TTY: 711** o **1-800-955-8771** https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME
Para informar fraude o abuso de Medicaid	**1-888-419-3456** https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/

Para presentar un reclamo sobre un centro de atención médica	**1-888-419-3456** 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 un reclamo sobre los servicios de Medicaid	**1-877-254-1055** **TDD: 1-866-467-4970** http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para obtener información para personas mayores	**1-800-96-ELDER (1-800-963-5337)** https://elderaffairs.org/
Para obtener información sobre violencia doméstica	**1-800-799-SAFE (1-800-799-7233)** **TTY: 1-800-787-3224** http://www.thehotline.org/
Para obtener información sobre los centros de salud en Florida	https://quality.healthfinder.fl.gov/
Línea de enfermería las 24 horas	Si no puede esperar hasta que consulte al médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Luego, elija la opción de la línea de enfermería. Asistencia médica administrada (MMA) de Medicaid: **1-800-441-5501 (TTY: 711)** Atención a largo plazo (LTC): **1-844-645-7371 (TTY: 711)**
Telesalud	**1-866-276-9381** https://www.mdlive.com/mobile-app
Para obtener información sobre atención de urgencia	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)**.
Por una emergencia	**9-1-1** o bien, acuda a la sala de emergencias más cercana.

Índice

Contenido

- Información de contacto importante 1
- Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación) 4
- Sección 2: Su privacidad 6
- Sección 3: Obtenga ayuda de nuestro Departamento de Servicios para Miembros 11
- Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse? 11
- Sección 5: Si cambian sus datos 12
- Sección 6: Cambios en su plan de salud 12
- Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid 12
- Sección 8: Inscripción en nuestro plan 13
- Sección 9: Cómo dejar nuestro plan (cancelación de su inscripción) 15
- Sección 10: Administre su atención 17
- Sección 11: Acceda a los servicios 18
- Sección 12: Información útil sobre sus beneficios 21
- Sección 13: Beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada 29
- Sección 14: Costos compartidos de los servicios 58
- Sección 15: Información útil sobre el programa de atención a largo plazo (LTC) 58
- Sección 16: Beneficios de su plan: Servicios de atención a largo plazo 60
- Sección 17: Satisfacción de los miembros 66
- Sección 18: Sus derechos como miembro 70
- Sección 19: Sus responsabilidades como miembro 72
- Sección 20: Otra información importante 72
- Sección 21: Recursos adicionales 75
- Sección 22: Formularios 77

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

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

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

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

Si es un participante del Programa piloto para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), la mayor parte de la información de este manual se aplica a usted. Le informaremos si algo no se aplica o si hay información que se aplica a los inscritos en el programa IDD.

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

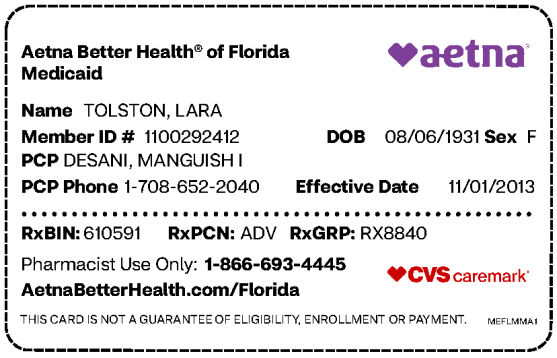
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación)

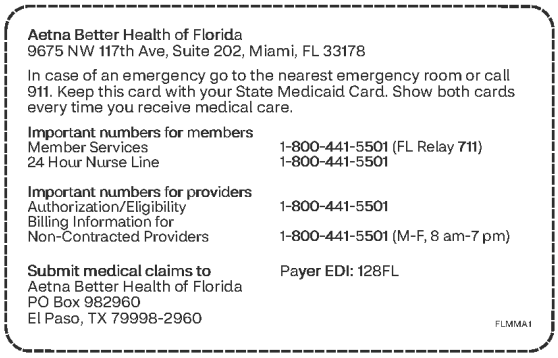
Usted debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Si no la recibió o si la información en ella es incorrecta, llámenos. Cada miembro de su familia inscrito en el plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

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

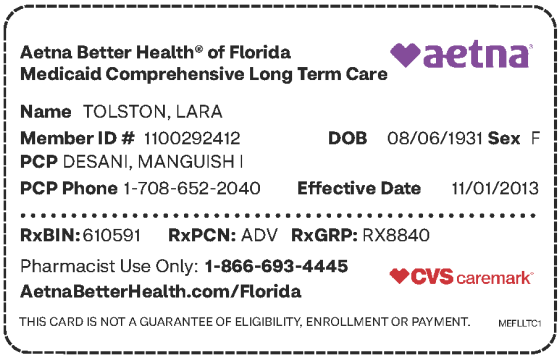
Su tarjeta de identificación se verá de esta manera:

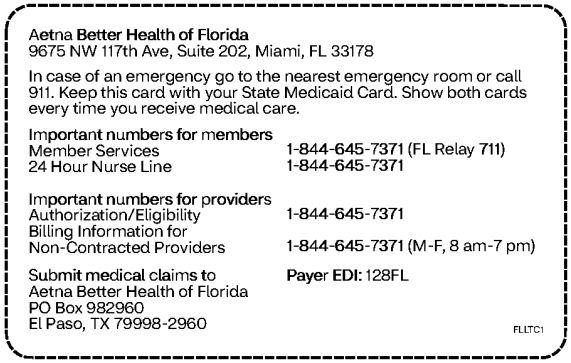
Medicaid-MMA



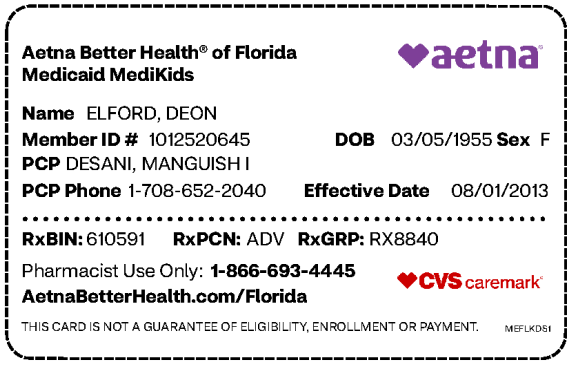


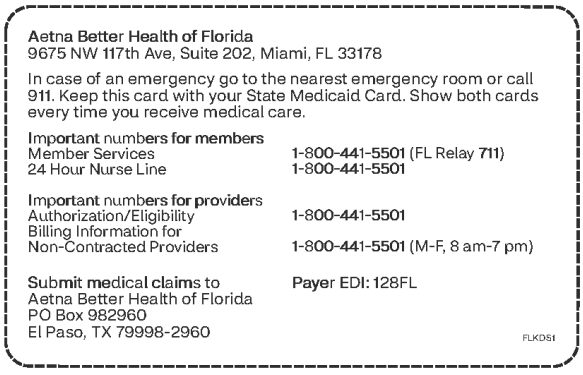
Medicaid - Atención integral a largo plazo





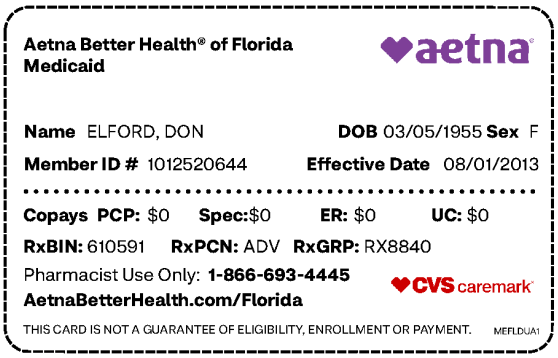
MediKids

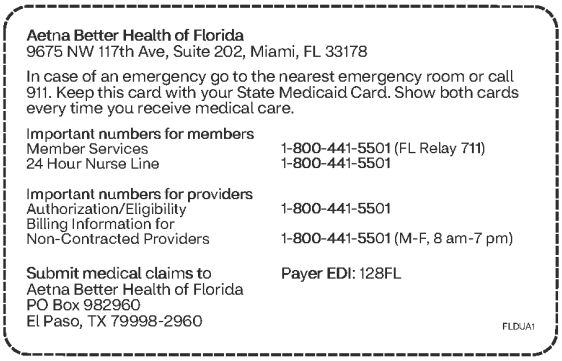




¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-441-5501 (MMA–Medicaid), al 1-844-645-7371 (LTC) o a TTY: 711

Doble elegibilidad





Sección 2: Su privacidad

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

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

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente. ¿A qué nos referimos cuando decimos "información de salud"?[1]
Empleamos la frase "información de salud" cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

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

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Ayúdenos a cuidar de usted: Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También, la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes

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

médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

Con familiares y amigos: Podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que estas personas lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

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

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

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

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

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

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

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual, identidad de género, inseguridad alimentaria/financiera/habitacional, acceso al transporte, seguridad interpersonal, obstáculos para alcanzar la salud y cualquier otra necesidad social relevante. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.

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

No usamos esta información para lo siguiente:

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

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

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

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

Motivos por los que necesitaremos su autorización por escrito

- Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:
- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud.

- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.
- Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para hacerlo, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle su seguro de atención médica.

¿Cuáles son sus derechos?

Tiene derecho a revisar su información de salud.

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

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

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

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

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

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

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

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

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

Llámenos al número gratuito **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)** de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. para lo siguiente:

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

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

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

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección. Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

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

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: el acceso a su información de salud está “basado en roles”. Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

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

Modificaciones de este aviso

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

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

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

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

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros después del horario de atención
Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Si tiene una pregunta de urgencia, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-441-5501 (MMA-Medicaid) o al 1-844-645-7371 (LTC) (TTY: 711). Nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

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

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

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para escuchar o hablar a realizar llamadas telefónicas. Llame al 711 y proporcióneles nuestro número telefónico del Departamento de Servicios para Miembros. Es **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711).** Ellos lo comunicarán con nosotros.
  - Materiales e información en letra grande, formato de audio (sonido) y Braille.
  - Ayuda para concertar citas o llegar a ellas.
  - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Todos estos servicios se proporcionan sin cargo.

Sección 5: Si cambian sus datos

Si alguno de sus datos personales cambia, infórmenos tan pronto como sea posible. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de atención médica.
El Departamento de Niños y Familias (DCF) también necesita saber si cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Comuníquese con el DCF al número gratuito 1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771) de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:30 p. m. También puede ingresar a nuestro sitio web en https://myaccess.myflfamilies.com/ y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (MyACCESS). Si usted recibe ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI), también debe ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Comuníquese con la SSA al número gratuito 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. También puede comunicarse con la oficina local del Seguro Social o ingresar a nuestro sitio web en https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do y hacer los cambios en su cuenta del Seguro Social.

Sección 6: Cambios en su plan de salud

Si se realiza un cambio significativo en su plan de salud que le afecta a usted como inscrito, es responsabilidad del plan informarle (al inscrito) al menos 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigencia del cambio.

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

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

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

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

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

Si va a tener un bebé
Aetna Better Health® of Florida y ProgenyHealth® se han asociado para ayudar a que usted y su bebé se sientan mejor. Podemos ayudarla a usted y a su familia durante el embarazo y después del parto. Su administrador de casos puede ayudarla con lo siguiente:

- Brindar educación y apoyo
- Programar consultas al médico
- Elaborar planes de atención
- Encontrar productos y servicios gratuitos o de bajo costo

Para obtener más información, llame al 1-855-231-4730, de lunes a viernes de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. (hora del este). Su bebé estará cubierto por nosotros a partir de la fecha de nacimiento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos si ya nació su bebé y le ayudaremos a asegurarse de que esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

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

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

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

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

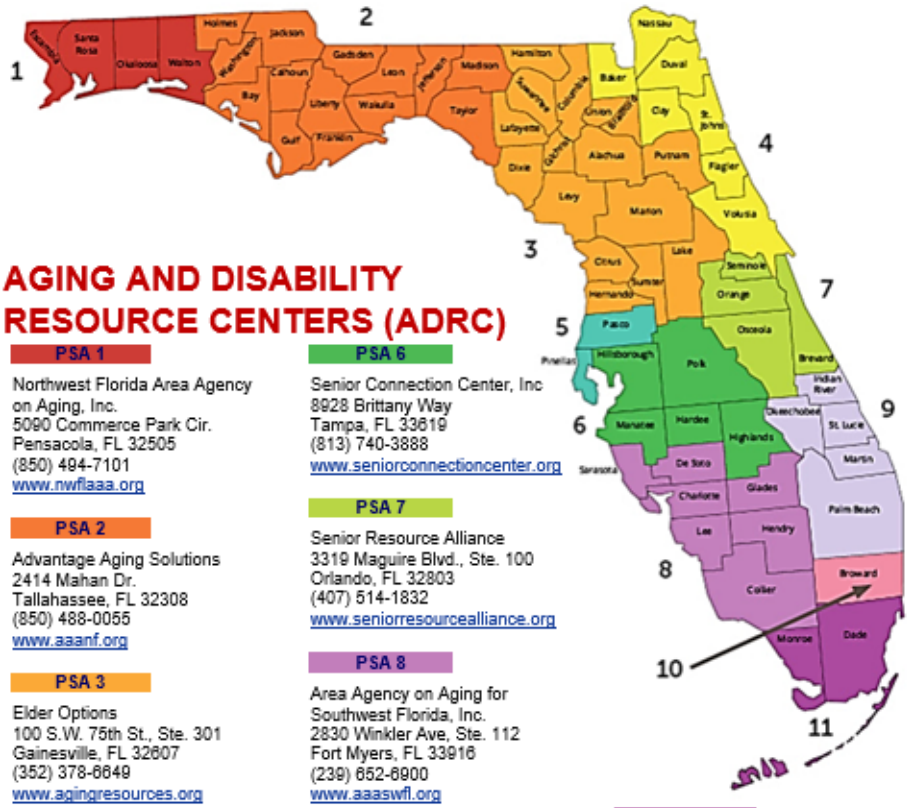
No es necesario que cambie de plan durante el período de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro plan y se inscribe en uno nuevo, comenzará con este cuando finalice su período de inscripción abierta. Una vez que se haya inscrito en el plan nuevo, quedará bloqueado hasta su siguiente período de inscripción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

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

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

El programa de LTC también brinda ayuda a las personas que viven en sus hogares. Sin embargo, el espacio para estos servicios domiciliarios es limitado; por eso antes de que pueda recibirlos, tiene que hablar con alguien que le preguntará acerca de su salud. Esto se denomina análisis de selección. Los Centros de Recursos para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades (ADRC) del Departamento de las Personas Mayores completan estos análisis de selección. Una vez finalizado el análisis de selección, el ADRC le notificará sobre su colocación en la lista de espera o le brindará una lista de recursos si no se lo colocó en la lista de espera. Si está en la lista de espera y hay un lugar disponible para usted en el programa de LTC, el programa de Evaluación y revisión integral para los servicios de atención a largo plazo (CARES) del Departamento de las Personas Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir los servicios del programa de LTC. Una vez que esté inscrito en el programa de LTC, nos aseguraremos de que siga reuniendo los requisitos para dicho programa todos los años.

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



Sección 9: Cómo dejar nuestro plan (cancelación de su inscripción)

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

Puede dejar nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **cancelación de su inscripción por una causa**[2]):

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

Si ha completado nuestro proceso de quejas y apelaciones, también puede dejar nuestro plan por los siguientes motivos[3]:

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

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

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

- Pierde su elegibilidad para Medicaid.
- Se muda fuera del área donde operamos o fuera del estado de Florida.
- Usa, conscientemente, su tarjeta de identificación del plan de forma incorrecta o deja que otra persona la use.
- Falsifica o adultera recetas.
- Usted o sus cuidadores se comportan de una forma que hace que sea difícil que le brindemos atención.

---

[2] Para obtener la lista completa de los motivos de cancelación de su inscripción por una causa, consulte la norma administrativa de Florida 59G-8.600: https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED CARE&ID=59G-8.600

[3] Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 17, Satisfacción de los miembros, en la página 66.

- Está inscrito en el programa de LTC y vive en un centro de vida asistida o en un hogar de cuidado familiar para adultos que no son similares a un hogar y no se mudará a un centro que sí lo sea.[4]

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

Sección 10: Administre su atención

Si padece una afección médica o una enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos lo ayudará a obtener los servicios que necesita. Este trabajará con sus otros proveedores para administrar su atención médica. Si decide que no desea un administrador de casos, puede cancelar la inscripción en cualquier momento informando al administrador de casos o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

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

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

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

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

- Su cuidador no puede seguir ayudándolo.
- Cambia su condición de vida.
- Cambia su nombre, número de teléfono, dirección o condado.
- Desea más información sobre los programas para los que puede ser elegible.
- Tiene nuevos problemas o diagnósticos de salud.

Evaluaciones de riesgos de salud (HRA)
Cada inscrito debe realizar una HRA dentro de los 90 días siguientes a su inscripción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o recibir una llamada de su plan de salud para completar la HRA si aún no lo ha hecho.

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

Sección 11: Acceda a los servicios

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

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

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

Si está inscrito en el programa de LTC, su administrador de casos es la persona que le ayudará a elegir un proveedor de servicios que pertenezca a nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que elija un proveedor de servicios, su administrador se pondrá en contacto con este para dar comienzo a sus servicios. Así es como se **aprueban** los servicios

en el programa de LTC. Su administrador de casos trabajará con usted, su familia, sus cuidadores, sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que sus servicios de LTC funcionen con su atención médica y otros aspectos de su vida.

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

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

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

Cuándo pagamos por sus servicios dentales
Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero Aetna Better Health of Florida puede cubrir algunos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)** para recibir ayuda para coordinar estos servicios.

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

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

Servicios para niños[5]

Debemos brindar todos los servicios medicamente necesarios para nuestros miembros de entre 0 y 20 años. Es así por ley. Esto es así incluso si nosotros no cubrimos un servicio o el

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

servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

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

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

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

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

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

Este sitio web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y sobre cómo acceder a ellos: http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml.

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

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Elija un proveedor de atención primaria (PCP)
Si tiene Medicare, comuníquese al número que aparece en su tarjeta de identificación de Medicare para obtener información sobre su PCP.

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

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

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

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

Es importante que elija un PCP para su hijo para asegurarse de que pueda tener sus consultas de bienestar infantil cada año. Son para niños de entre 0 y 20 años. Estas consultas son controles regulares que lo ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber lo que sucede con este y cómo está creciendo. Es posible que su hijo también reciba vacunas (inmunizaciones) durante estas consultas. Estas consultas pueden ayudar a encontrar problemas y a mantener a su hijo sano.[6]

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

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

[6] Para obtener más información sobre estos exámenes de detección y evaluaciones recomendados para niños, consulte “Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: Cronograma de periodicidad” en Periodicity Schedule (aap.org).

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

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

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

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

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

Si necesita atención de urgencia después del horario de atención y no puede comunicarse con el PCP, nuestra línea de enfermería de 24 horas está disponible en cualquier momento llamando al **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) (**TTY: 711**) para responder sus preguntas médicas y cuando no puede comunicarse con el médico. También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano visitando nuestro sitio web en aetnabetterhealth.com/florida/find-provider.

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

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

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

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

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

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

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

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

Beneficios de farmacia

Obtenga medicamentos con receta
Cubrimos una amplia variedad de medicamentos con receta y tenemos una lista de ellos. Esta se denomina nuestra **Lista de medicamentos preferidos**. La lista de medicamentos se actualiza con regularidad. Puede encontrar la lista actual en nuestro sitio web en **aetnabetterhealth.com/florida/pharmacy-prescription-drug-benefits.html** o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. En la Lista de medicamentos preferidos se indica qué medicamentos están cubiertos y si existen normas o restricciones especiales, como límites de cantidad o sustituciones de medicamentos genéricos.

Cubrimos algunos medicamentos **genéricos** y **de marca**. La Agencia Medicaid de Florida determina si un medicamento genérico o de marca es preferido. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca, pero por lo general son más económicos que estos últimos. Funcionan de la misma manera. Si un medicamento genérico

está cubierto y usted necesita el de marca, el proveedor puede solicitar una autorización previa. El proveedor deberá presentar información, como registros médicos, para respaldar una solicitud de excepción.

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

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar ocasionalmente. Si la lista cambia y usted se ve afectado, el plan de salud se lo notificará.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si piensa en lastimarse a usted mismo o a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercanos, incluso si se encuentran fuera del área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP si es posible. Realice un seguimiento con su proveedor dentro de las 24 o 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, prepararemos su transferencia a un hospital o proveedor que se encuentre dentro de la red de nuestro plan una vez que esté estable.

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

- **Programa para dejar de fumar**
  Puede utilizar los beneficios de su plan de salud para recibir ayuda para dejar de fumar. Al trabajar con el administrador de casos y muchos recursos en la comunidad, incluido el tratamiento de reemplazo de nicotina, se le brindará apoyo mientras trabaja para alcanzar su objetivo de estar libre de tabaco. Como recompensa, después de 3 meses de reducir el consumo de tabaco, recibirá una tarjeta de regalo de $20. Si sigue reduciendo el consumo de tabaco durante 6 meses, confirmado por el médico y las reclamaciones, recibirá otra tarjeta de regalo de $20.

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

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

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

Programas de control de enfermedades crónicas
Tenemos programas especiales disponibles que lo ayudarán si padece una de estas afecciones.

Cáncer y prevención del cáncer: Informa a los miembros sobre formas de prevenir el cáncer (nutrición, ejercicio, tratamiento para dejar de fumar, uso de protección solar). Ayuda a los miembros diagnosticados con cáncer a disminuir la carga emocional de su diagnóstico y tratamiento del cáncer, mejorar su calidad de vida y los resultados de salud, y proporciona apoyo familiar y comunitario para controlar la enfermedad.

Diabetes y prevención de la diabetes: Informa a los miembros sobre los riesgos de la diabetes para la salud, los estilos de vida saludables (bienestar, dieta y hábitos de ejercicio), el control de los niveles de azúcar en la sangre y el uso adecuado de los medicamentos.

Depresión y prevención de la depresión (incluida la prevención del suicidio): Proporciona educación preventiva, herramientas y apoyo a los miembros. Ayuda a encontrar un sistema de apoyo saludable, un proveedor si es necesario y orientación para seguir un plan de tratamiento y medicamentos.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y prevención del VIH: Ofrece educación preventiva (dieta, ejercicio, bienestar) y enseña a los miembros con VIH/SIDA a autogestionar sus síntomas físicos y emocionales, comprender sus opciones de tratamiento, conectarse con sistemas de apoyo y seguir su plan de tratamiento y medicamentos.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Ayuda a los miembros pediátricos y adultos diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH) a reconocer y controlar sus síntomas, comprender las opciones de tratamiento y medicamentos, y apoyar a los padres y cuidadores.

Trastornos por consumo de sustancias: Ayuda a los miembros a comprender el consumo de sustancias y a mejorar su salud, función social y calidad de vida. Proporciona orientación para encontrar tratamiento y sistemas de apoyo basados en la comunidad.

Si está inscrito en el programa de LTC, también ofrecemos los siguientes programas:

Demencia: Proporciona orientación sobre los servicios, apoyos y recursos disponibles para los miembros con enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular o demencia frontotemporal y sus cuidadores.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Ayuda a los miembros a mejorar los síntomas de calidad de vida (disnea, tos) y la función física. Ofrece información y apoyo en materia de nutrición, salud mental y tratamiento para dejar de fumar.

Programas de mejora de la calidad
Queremos que obtenga atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Estos programas son los siguientes:

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

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

Objetivos del programa
Nuestros objetivos son los siguientes:

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

Alcance del programa
Trabajamos para mejorar su atención médica al realizar lo siguiente:

- Desarrollar políticas y procedimientos que reflejen los estándares actuales de la práctica clínica.

- Evaluar los servicios preventivos y de salud conductual, y cómo se coordina la atención.
- Abordar las diferencias raciales y étnicas en la atención médica.
- Supervisar la eficacia de nuestros programas.
- Estudiar la accesibilidad y disponibilidad de nuestros proveedores de la red.
- Realizar actividades de certificación y recertificación de credenciales.
- Evaluar la satisfacción de los miembros y proveedores.

Resultados del programa

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

- Recopilamos datos sobre un conjunto de medidas clínicas denominado Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS®[7]), según corresponda. Compartimos los resultados con el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) y Quality Compass®[8]. El NCQA publica los resultados. Cada año, utilizamos los resultados para establecer nuevos objetivos y mejorar las mediciones seleccionadas. Por consiguiente, el rendimiento ha mejorado en muchas mediciones.

- Les preguntamos a los miembros qué tan satisfechos están con Aetna Better Health of Florida. Mejoramos en la calificación de la atención médica, el médico personal y el especialista, y en la forma en que los médicos se comunican. Cubrimos las necesidades culturales y de idioma de nuestros miembros.

- Hicimos una encuesta entre los miembros del programa de control de enfermedades. Nos dijeron que estaban satisfechos con el programa en general. Este los ayudó a comprender y mejorar su salud. También los ayudó a seguir los planes de tratamiento y a alcanzar sus objetivos de salud.

- También hicimos lo siguiente:
  - Continuamos con nuestro programa de seguridad del paciente.
  - Mejoramos el acceso a los proveedores.
  - Mejoramos la comunicación entre los médicos de atención primaria y los médicos de salud conductual de los miembros.

Acreditación

Nos tomamos en serio nuestra acreditación otorgada por el NCQA. Es así como mostramos nuestro compromiso de mejorar la calidad de su atención, el acceso a la atención y la

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

[8] Quality Compass es una marca comercial registrada del NCQA.

satisfacción de los miembros. Obtenga más información sobre nuestra acreditación otorgada por el NCQA en el sitio web **www.ncqa.org/**.

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

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

También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que considera que debemos hacer. Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para trasmitirnos sus ideas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 13: Beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada

La tabla que se muestra a continuación brinda una lista de los servicios médicos que cubre nuestro plan. Recuerde que es posible que necesite una remisión de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Pagamos por los servicios que se consideren médicamente necesarios[9].

Es posible que existan algunos servicios que no cubramos, pero pueden estar cubiertos por Medicaid. Hay algunos servicios que su estado ha determinado que son médicamente apropiados y que se pueden prestar en lugar de un servicio o entorno cubiertos por el plan estatal. Estos se llaman “servicios de reemplazo (ILOS)”. Para recibir información sobre estos beneficios, comuníquese con la línea de ayuda de Medicaid de la Agencia al 1-877-254-1055. Si necesita un traslado para recibir alguno de estos servicios, podemos ayudarlo. Puede llamar al **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o al **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)** para programar un traslado.

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

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

[9] Puede encontrar la definición de necesidad médica en la Política de definiciones en https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-general-policies.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios de centros que aceptan adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas y al alcohol.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios para alergias	Servicios utilizados para tratar afecciones como estornudos o sarpullidos que no son consecuencia de una enfermedad.	Cubrimos pruebas de sangre o pruebas cutáneas de alergia médicamente necesarias, y hasta 156 dosis por año de vacunas para la alergia.	No
Servicios de transporte en ambulancia	Los servicios de ambulancia están disponibles para cuando necesita atención de emergencia mientras es trasladado al hospital o apoyo especial cuando es trasladado de un centro a otro.	Con cobertura por necesidad médica	Sí; solo se requiere autorización para los traslados de hospital a hospital.
Servicios de desintoxicación ambulatoria	Servicios proporcionados a personas que están dejando de consumir drogas o alcohol.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (paciente externo).	Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización para algunos procedimientos.
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una cirugía u otros procedimientos médicos.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de atención de asistencia	Servicios proporcionados a los adultos (de 18 años o más) que los ayudan	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, según sean médicamente necesarios.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	con las actividades de la vida diaria y con la toma de medicamentos.		
Análisis del comportamiento (BA)	Intervenciones, estrategias y enfoques estructurados proporcionados para disminuir las conductas inadaptadas y aumentar o reforzar las conductas adecuadas.	Cubrimos a los beneficiarios menores de 21 años que requieran servicios médicamente necesarios.	Sí
Servicios de evaluación de salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación por año - Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos al día)	No
Servicios de superposición para la salud conductual	Servicios de salud conductual proporcionados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios por año, lo que incluye el tratamiento, los servicios de apoyo y la planificación de la atención de seguimiento.	Sí
Servicios de salud conductual: bienestar infantil	Un programa especial de salud mental para niños inscritos en un programa del DCF	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos).	Cubrimos lo siguiente tal como lo indique su médico, cuando sea médicamente necesario: - Pruebas cardíacas	Sí; se requiere autorización previa para algunas pruebas y procedimientos.

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

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	de tratamiento de salud mental.		
Servicios de unidades de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que se llevan a cabo en un centro que no es un hospital regular.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Se requiere notificación dentro de las 24 horas siguientes de la internación. Se proporciona autorización para los 3 primeros días de una internación involuntaria de emergencia (Ley Baker). Se requiere autorización previa para la continuación de la hospitalización.
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos los siguientes servicios tal como lo indique su médico tratante, cuando sean médicamente necesarios: - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal	Sí
Servicios de centro social	Servicios proporcionados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a recibir tratamientos o vivienda.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios de equipo médico duradero y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para controlar o tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza en	Según sea médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame al Departamento de Servicios para Miembros	Sí; se requiere autorización previa para determinados equipos y suministros.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas, entre otros. Los suministros médicos son productos que se utilizan una sola vez y luego se tiran.	al 1-800-441-5501 (MMA-Medicaid) o al 1-844-645-7371 (LTC) o TTY: 711 para obtener más información.	
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de entre 0 y 3 años que han desarrollado retrasos u otras afecciones.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Una evaluación inicial una vez en la vida, completada por un equipo - Hasta 3 pruebas de detección por año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año - Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana	No
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicópteros o aviones) que lo llevan al hospital debido a una emergencia.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de evaluación y administración	Servicios para acudir a las consultas médicas para mantenerse saludable o tratar enfermedades.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Una evaluación de salud (control) para adulto por año. - Consultas de bienestar infantil ofrecidas en función	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
		de la edad y las necesidades de desarrollo. - Una consulta por mes para las personas que residen en centros de atención de enfermería. - Hasta dos visitas al consultorio por mes para los adultos que necesiten tratar enfermedades o afecciones.	
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Hasta 26 horas por año	No
Capacitación familiar y asesoramiento para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a las familias durante el tratamiento de salud mental de sus hijos	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o patologías del estómago o del sistema digestivo	Cubrimos lo siguiente: - Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o patologías de los genitales o del sistema urinario	Cubrimos lo siguiente: - Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de terapia grupal	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Hasta 39 horas por año	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	profesional de salud mental.		
Servicios auditivos	Exámenes auditivos, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas auditivos. Esto incluye los audífonos y las reparaciones.	Cubrimos los exámenes auditivos y los siguientes servicios tal como lo indique su médico, cuando sean médicamente necesarios: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años - Reparaciones	No
Servicios de salud a domicilio	Servicios de enfermería o de asistencia médica proporcionados en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión, o a recuperarse de estas.	Cubrimos lo siguiente, cuando sea médicamente necesario: - Hasta 4 consultas por día para beneficiarias embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años - Hasta 3 consultas por día para todos los demás beneficiarios	Sí
Servicios de hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares y cuidadores.	- Con cobertura por necesidad médica. - Copago: consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago; puede tener responsabilidad del paciente para los servicios de hospicio ya sea si vive en su hogar, en un centro o en un centro de atención de enfermería.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individual con un profesional de salud mental.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Hasta 26 horas por año	No
Servicios para antes y después de las pruebas de salud mental infantil	Servicios de pruebas por parte de un profesional de salud que cuenta con una capacitación especial en bebés y niños pequeños.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Atención médica que recibe mientras se encuentra en el hospital. Esto puede incluir todas las pruebas, los medicamentos, las terapias y los tratamientos, las visitas de los médicos y los equipos que se utilizan para tratarlo.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes internados en función de la edad y la situación, cuando sean médicamente necesarios: - Hasta 365/366 días para beneficiarios de 0 a 20 años. - Hasta 45 días para todos los demás beneficiarios (los días adicionales están cubiertos en caso de emergencias).	Sí
Servicios integumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o patologías de la piel	- Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de laboratorio	Servicios que se encargan de analizar sangre, orina, saliva y otros elementos del cuerpo cuando se	- Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	padece una afección, enfermedad o dolencia.		
Servicios médicos de cuidado adoptivo	Servicios que ayudan a niños que viven en un hogar de cuidado adoptivo y tienen problemas de salud.	Los niños deben estar en custodia del Departamento de Niños y Familias.	No
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios que se utilizan para ayudar a las personas que están luchando contra la adicción a las drogas.	- Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios de administración de medicamentos	Servicios que ayudan a las personas a comprender y tomar las mejores decisiones al momento de tomar medicamentos.	- Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios del programa de hospitalización parcial de salud mental	Tratamiento que se proporciona durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Administración de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a las personas con enfermedades mentales a obtener atención médica y de salud conductual	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios móviles de intervención y evaluación en casos de crisis	Un equipo de profesionales de salud que proporciona servicios de salud mental de emergencia, generalmente en el hogar de las personas.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios de tratamiento multisistémico	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños en riesgo de tratamiento residencial de salud mental	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No se requiere autorización previa inicial. Si el servicio supera las 104 unidades, se requiere autorización previa.
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o patologías del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso	- Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte hacia sus citas médicas y de regreso a su hogar. Esto podría ser en autobús, en una camioneta que puede transportar personas discapacitadas, en un taxi o en otros tipos de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para beneficiarios que no tienen transporte: - Viajes fuera del estado. - Traslado entre hospitales o centros. - Acompañantes cuando sea médicamente necesario.	Sí; se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas.
Servicios en centro de atención de enfermería	Atención médica o atención de enfermería que recibe mientras vive en un centro de atención de enfermería a tiempo completo. Esto puede ser una hospitalización para rehabilitación a corto o largo plazo.	- Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de atención de enfermería si son medicamente necesarios. Copago: Consulte la información sobre la responsabilidad del paciente para obtener información sobre el copago de habitación y comida.	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar productos en su casa.	Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos hasta el tope de $1,500 de servicios para pacientes externos, según sea médicamente necesario: - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años Para las personas de cualquier edad, cubrimos los siguientes servicios, según sea médicamente necesario: - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una al momento de la entrega y otra 6 meses después	Sí
Servicios de cirugía bucal	Servicios que proporcionan extracciones de dientes y que se utilizan para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad bucal.	- Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o	- Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	dolencias de los huesos o las articulaciones		procedimientos.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	Atención médica que recibe cuando está en el hospital, pero no pasa la noche allí. Esto puede incluir todas las pruebas, los medicamentos, las terapias y los tratamientos, las visitas de los médicos y los equipos que se utilizan para tratarlo.	- Los servicios de emergencia están cubiertos si son medicamente necesarios. - Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de $1,500 al año para beneficiarios de 21 años o más.	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de tratamiento del dolor	Tratamientos para dolores duraderos que no mejoran después de que se hayan brindado otros servicios.	- Con cobertura por necesidad médica. Se pueden aplicar algunos límites de servicio.	Sí
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan un hospital por tratamiento de salud mental.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	Cubrimos lo siguiente para niños de entre 0 y 20 años y para adultos hasta el tope de $1,500 de servicios para pacientes externos, según sea médicamente necesario: - Una evaluación inicial por año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
		Para las personas de cualquier edad, cubrimos los siguientes servicios, según sea médicamente necesario: - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una al momento de la entrega y otra 6 meses después	
Servicios de podiatría	Atención médica y otros tratamientos para los pies	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de pies y uñas - Radiografías y otros diagnósticos por imágenes para el pie, el tobillo y la parte inferior de la pierna - Cirugía en el pie, el tobillo o la parte inferior de la pierna	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de medicamentos con receta	Este servicio es para medicamentos que su médico u otro proveedor de atención médica le recetaron.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Un suministro de medicamentos para 34 días, por receta. - Resurtidos, según lo recetado.	Sí; se requiere autorización previa para algunos medicamentos.
Servicios de atención de enfermería privada	Servicios de enfermería proporcionados en el hogar para personas de entre 0 y 20 años que necesitan cuidado constante.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Hasta 24 horas por día	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios hospitalarios con especialidad en psiquiatría	Servicios de salud mental de emergencia que se llevan a cabo en un centro que no es un hospital regular.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas que se utilizan para detectar o diagnosticar problemas de memoria, CI o de otras áreas.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - 10 horas de pruebas psicológicas por año	Sí
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida cotidiana. Incluyen ayuda con actividades básicas, como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas.	Cubrimos lo siguiente, según sea médicamente necesario: - Hasta 480 horas por año	Sí
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen diagnósticos por imágenes, como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías. También incluyen radiografías portátiles.	- Con cobertura por necesidad médica	Sí; se requiere autorización previa para algunos estudios.
Servicios del centro de cuidado intensivo perinatal regional	Servicios brindados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que cuentan con centros de cuidado especial para tratar afecciones serias.	Con cobertura por necesidad médica	No
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o desean estarlo. También incluyen servicios de planificación familiar	Cubrimos los servicios de planificación familiar que son médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	que brindan medicamentos y suministros para el control de la natalidad, para ayudarla a planificar el tamaño de su familia.	proveedor de Medicaid; no es necesario que sean parte de nuestro plan. No necesita obtener una aprobación previa para recibirlos. Estos servicios son gratuitos. Son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años.	
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o patologías de los pulmones o el sistema respiratorio.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Manejo de dispositivo respiratorio	Sí; se requiere autorización previa para determinadas pruebas y procedimientos.
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de entre 0 y 20 años que los ayudan a respirar mejor mientras son tratados por una afección, enfermedad o patología respiratoria.	Cubrimos lo siguiente si es médicamente necesario: - Una evaluación inicial por año - Una reevaluación de la terapia cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos de terapia por semana (máximo 60 minutos por día)	Sí
Servicios de autoayuda o de pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	No

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
Servicios terapéuticos especializados	Servicios brindados a niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o trastornos por abuso de sustancias	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios: - Evaluaciones - Servicios de cuidado adoptivo - Servicios grupales a domicilio	No
Servicios de patología del habla y el lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar mejor.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de entre 0 y 20 años: - Dispositivos y servicios de comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial por año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: - Una evaluación de comunicación cada 5 años	Sí
Servicios del programa psiquiátrico estatal para pacientes internados	Servicios para niños con enfermedades mentales severas que necesitan tratamiento en el hospital.	Con cobertura para niños de entre 0 y 20 años si son medicamente necesarios.	Sí
Servicios del programa intensivo para pacientes externos por abuso de sustancias	Tratamiento que se proporciona durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones	Autorización previa requerida
	trastornos por abuso de sustancias.		
Servicios para el tratamiento residencial de corto plazo por abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por abuso de sustancias.	Por recomendación nuestra y necesidad médica	Sí
Servicios conductuales terapéuticos en el lugar	Servicios brindados por un equipo para prevenir que niños de entre 0 y 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean admitidos en un hospital u otro centro.	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios: - Hasta 9 horas por mes	No
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen todas las cirugías, y los cuidados pre y post quirúrgicos.	Con cobertura por necesidad médica	Sí
Servicios de mejora visual	Mejoras visuales hace referencia a productos como anteojos, lentes de contacto y ojos protésicos (falsos)	Cubrimos los siguientes productos médicamente necesarios cuando son recetados por su médico: - Dos pares de anteojos para niños de entre 0 y 20 años - Un marco cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años y mayores - Lentes de contacto - Ojos protésicos	No
Servicios de cuidado visual	Servicios que evalúan y tratan afecciones, enfermedades y patologías de los ojos.	- Con cobertura por necesidad médica	Sí

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados

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

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Actividades extracurriculares	Los miembros de 5 a 18 años tienen acceso a un estipendio de $50 al año para actividades extracurriculares. No se requiere autorización previa.	Entre los 5 y 18 años: $50 por año	No
Atención a domicilio para el asma	Los miembros con un diagnóstico de asma tienen acceso a ropa de cama hipoalergénica y a un estipendio de $150 para limpieza de alfombras y control de plagas. Se requiere autorización previa.	Un juego de ropa de cama por año, $150 por año para limpieza de alfombras y control de plagas	Sí
Estipendio para productos de bebé	Los miembros pueden obtener un estipendio de $150 por embarazo para productos de bebé, como cuna, cochecito y asiento para el automóvil. Se requiere autorización previa.	$150 por embarazo	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de integración de salud conductual	Servicios de administración de la atención proporcionados por médicos	Según sea médicamente necesario	No
Jeans para adolescentes	Los miembros de 13 a 21 años pueden obtener un estipendio de $150 por año para vestimenta con una consulta de bienestar calificada con el médico de atención primaria. Se requiere autorización previa.	De 13 a 21 años: $150 por año	Sí
Línea Calming Comfort	Los miembros pueden obtener una caja de suministros tranquilizantes por año que incluye productos de apoyo para problemas de salud mental y traumas. Se requiere autorización previa.	Una caja por año	Sí
Career Closet	Los miembros mayores de 18 años pueden obtener un estipendio de $100 para vestimenta para apoyar el desarrollo de la fuerza laboral. Una única vez. Se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años: $100 de por vida	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Ayuda para cuidado infantil	Los miembros pueden obtener $150 por trimestre para pagar el cuidado de los hijos durante el embarazo, hasta un máximo de 12 meses. El beneficio puede ampliarse hasta el período posparto. Se requiere autorización previa.	$150 por trimestre, hasta 12 meses	Sí
Estipendio por retraso en el desarrollo	Los miembros mayores de 18 años pueden obtener un estipendio de $500 para cubrir los gastos relacionados con lo siguiente: • Educación/capacitación laboral. • Búsqueda de oportunidades de voluntariado o actividades religiosas. • Servicios que proporcionan mejoras para el hogar. • Apoyos que tratan los obstáculos para acceder a la atención (transporte o consultas con proveedores no cubiertos de otra manera por Medicaid). Se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años: $500 por año	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Diaper Club	Los bebés de hasta 30 meses pueden recibir un estipendio de $45 por mes para pañales. No se requiere autorización previa.	$45 por mes por cada niño menor de 30 meses	No
Servicios de doula	Los miembros pueden obtener servicios ilimitados de doula para apoyar la atención prenatal y posparto. No se requiere autorización previa.	Sin límite para las miembros femeninas embarazadas de entre 14 y 55 años	No
Equipo médico duradero	Los miembros mayores de 10 años pueden recibir un tensiómetro por año. Se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 10 años: uno por año	Sí
Libro de educación financiera	Los miembros de 6 a 18 años pueden obtener un libro de educación financiera. No se requiere autorización previa.	Miembros de 6 a 18 años: un libro de por vida	No
Asistencia alimentaria: La alimentación como medicina	Los miembros con determinadas afecciones crónicas pueden obtener un estipendio alimentario de $50 por mes. Se requiere autorización previa.	Miembros con determinadas afecciones crónicas: $50 por mes	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Asistencia alimentaria: Entrega de comidas a domicilio posterior al alta	Los miembros pueden recibir tres comidas por día durante un máximo de 12 semanas después de recibir el alta de un centro. Se requiere autorización previa.	Tres comidas por día durante un máximo de 12 semanas después de recibir el alta de un centro	Sí
Apoyo para diploma de equivalencia general (GED) y capacitación sobre habilidades laborales	Los miembros mayores de 18 años (miembros de entre 16 y 17 años con el consentimiento de los padres, el tutor legal o la custodia y la autorización del distrito escolar) pueden acceder a una plataforma de capacitación sobre habilidades laborales. La plataforma cuenta con cursos de preparación para el GED, materiales de preparación y exámenes de práctica para ayudar a los miembros a obtener el GED. Los costos de los exámenes de GED pueden tener cobertura. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años (miembros de entre 16 y 17 años con el consentimiento de los padres, el tutor legal o la custodia y la autorización del distrito escolar). Uno por año	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Estipendio para aseo personal e higiene	Los miembros mayores de 18 años con una consulta de bienestar calificada con el médico de atención primaria recibirán un estipendio de $50 por trimestre para apoyar las actividades de la fuerza laboral. Se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años con una consulta de bienestar calificada con el médico de atención primaria: $50 por trimestre	Sí
Beneficios de la audición para adultos	Los miembros mayores de 21 años reciben un examen auditivo anual y un juego de audífonos cada dos años. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 21 años: un examen auditivo anual y un juego de audífonos cada dos años	No
Entrega de comidas a domicilio: preparación para huracanes	Los miembros de los servicios basados en el hogar y la comunidad pueden solicitar tres comidas no perecederas con entrega a domicilio por día durante un máximo de 12 semanas para prepararse para la temporada de huracanes. Se requiere autorización previa.	Miembros de los servicios basados en el hogar y la comunidad: tres comidas por día durante 12 semanas, de mayo a noviembre	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Asistencia para la vivienda: Subsidios por dificultades	Los miembros mayores de 18 años pueden obtener un estipendio de $1000 por año por eventos de crisis que afecten la estabilidad o el mantenimiento de la vivienda. Se requiere autorización previa.	Los miembros mayores de 18 años deben tener un evento de crisis que califique: $1000 por año	Sí
Asistencia para la vivienda: Estipendio para servicios públicos/vivienda del Programa de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	Los miembros mayores de 18 años que necesiten ayuda pueden obtener un estipendio de $500 por año para asuntos de vivienda, como el pago de servicios públicos. Se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años: $500 por año	Sí
Asistencia para la vivienda: Servicios legales	Los miembros mayores de 18 años que sean inquilinos pueden obtener $500 para usar en servicios legales relacionados con asuntos de vivienda, como desalojo o reparaciones. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años: uno por año	No
Estipendio para lavandería	Los miembros mayores de 18 años con una consulta de bienestar calificada con el médico de atención primaria pueden	Miembros mayores de 18 años con una consulta de bienestar calificada con el	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
	obtener un estipendio de $25 por trimestre para servicios de lavandería. Se requiere autorización previa.	médico de atención primaria: $25 por trimestre	
Caja de seguridad para medicamentos	Los miembros a quienes se les receta un medicamento y tienen niños en el hogar pueden obtener una caja de seguridad por año para guardar los medicamentos. No se requiere autorización previa.	Miembros a quienes se les receta un medicamento y tienen niños en el hogar: una caja de seguridad por año	No
Circuncisión para recién nacidos	A los bebés de hasta 28 días se les puede practicar la circuncisión para recién nacidos. No se requiere autorización previa.	Bebés de hasta 28 días: una de por vida	No
Transporte que no sea de emergencia	Los miembros mayores de 18 años pueden obtener diez viajes de ida o vuelta por mes para acceder a recursos como bancos de alimentos, organizaciones locales, grupos religiosos y otras actividades. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 18 años: diez viajes de ida o vuelta por mes	No
Terapia ocupacional para adultos	Los miembros mayores de 21 años pueden recibir terapia ocupacional, que incluye lo siguiente:	Miembros mayores de 21 años	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
	• Evaluación y reevaluación todos los años • Hasta siete unidades de tratamiento terapéutico por semana • Ajuste de la silla de ruedas una vez cada dos años Se requiere autorización previa.	• Una evaluación y una reevaluación por año • Hasta siete unidades de tratamiento terapéutico por semana • Ajuste de la silla de ruedas una vez cada dos años	
Beneficios de productos de venta libre (OTC)	Los miembros pueden obtener $65 por hogar por mes para productos OTC. No se requiere autorización previa.	Límite de $65 por hogar por mes en ciertos productos OTC	No
Estipendio por período para productos de venta libre	Las miembros mujeres mayores de 11 años pueden obtener $20 por mes para productos menstruales. No se requiere autorización previa.	Miembros mujeres mayores de 11 años: $20 por miembro por mes para productos OTC seleccionados	No
Fisioterapia para adultos	Los miembros mayores de 21 años pueden recibir fisioterapia, que incluye lo siguiente: • Evaluación y reevaluación todos los años • Hasta siete unidades de tratamiento terapéutico por semana	Miembros mayores de 21 años • Una evaluación y una reevaluación por año • Hasta siete unidades de tratamiento terapéutico por semana	Sí

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
	• Ajuste de la silla de ruedas una vez cada dos años Se requiere autorización previa.	• Ajuste de la silla de ruedas una vez cada dos años	
Servicios prenatales/pos parto: Sacaleches	Los miembros pueden obtener un sacaleches.	Un sacaleches de grado hospitalario por año para alquilar, un sacaleches de grado no hospitalario cada dos años	Sí; se requiere autorización previa para el sacaleches de grado hospitalario.
Servicios prenatales/pos parto: Consultas	Los miembros pueden obtener consultas prenatales y posparto ampliadas. No se requiere autorización previa.	Hasta 14 consultas prenatales para embarazos de bajo riesgo y 18 consultas para embarazos de alto riesgo antes del nacimiento del bebé. Después de que nazca el bebé, tres consultas dentro de los 90 días posteriores al parto.	No
Consultas de atención primaria para adultos	Los miembros mayores de 21 años tienen acceso ilimitado a consultas de atención primaria. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 21 años	No
Tutoría para niños y adolescentes	Los miembros de entre 6 y 18 años pueden obtener sesiones personalizadas de tutoría y mentoría. No se requiere autorización previa.	Miembros de 6 a 18 años	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Tarjeta Flex para servicios auditivos y de la vista	Los miembros mayores de 21 años pueden obtener un estipendio de $400 cada dos años para servicios adicionales auditivos y de la vista. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 21 años: $400 cada dos años	No
Servicios de la vista para adultos	Los miembros mayores de 21 años pueden obtener un suministro de seis meses de lentes de contacto con receta, anteojos con receta y un examen de la vista por año. No se requiere autorización previa.	Miembros mayores de 21 años: un suministro de seis meses de lentes de contacto con receta, anteojos con receta y un examen de la vista por año	No
Copagos eximidos	Los miembros tienen acceso a copagos exentos ilimitados en todos los servicios cubiertos por Medicaid. Se requiere autorización previa para los proveedores no participantes.	Sin límite	No se requiere autorización previa para los proveedores participantes. Se requiere autorización previa para los proveedores no participantes.
Servicios de asesoramiento para adultos jóvenes	Los miembros de 16 a 30 años pueden acceder a educación en línea para recibir apoyo en el desarrollo de las habilidades para la vida. No se requiere autorización previa.	Miembros de 16 a 30 años	No

Beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad

El plan evaluará a los miembros que puedan estar atravesando obstáculos para el empleo, la autosuficiencia económica y la independencia para que obtengan acceso a servicios de coordinación de la atención/administración de casos y necesidades sociales relacionadas con la salud, como asistencia para la vivienda, sustentabilidad alimentaria, capacitación profesional y servicios de apoyo educativo.

Sección 14: Costos compartidos de los servicios

Los costos compartidos son la parte de los costos de determinados servicios cubiertos que le corresponde pagar a usted. Los costos compartidos pueden incluir coseguros, copagos y deducibles. Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de costos compartidos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 15: Información útil sobre el programa de atención a largo plazo (LTC)

(Lea esta sección si está inscrito en el programa de LTC. Si no está inscrito en dicho programa, vaya a la Sección 17)

Comience con los servicios

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

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

- Su salud;
- Cómo se cuida;
- Cómo emplea su tiempo;
- Quién lo ayuda a cuidarse; y
- Otros aspectos.

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

Desarrolle un plan de atención

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

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

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

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

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

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

Actualice su plan de atención

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

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

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

Su plan de apoyo

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

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

Sección 16: Beneficios de su plan: Servicios de atención a largo plazo

La tabla que se muestra a continuación brinda una lista de los servicios de atención a largo plazo que cubre nuestro plan. Recuerde que pagamos los servicios que se consideren médicamente necesarios[10].

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

[10] Puede encontrar una copia de la Política de cobertura del programa estatal de cuidado administrado a largo plazo de Medicaid en https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies.

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

Servicio	Descripción	Autorización previa
Atención de compañía para adultos	Este servicio lo ayuda con la preparación de comidas, el lavado de ropa y las tareas domésticas sencillas.	Sí
Atención médica diurna para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se ofrecen en un centro de atención diurna para adultos. Si se encuentra allí durante la hora de la comida, se puede quedar a comer.	Sí
Servicios de atención de asistencia	Estos son servicios que se ofrecen las 24 horas si reside en un hogar de cuidado familiar para adultos.	Sí
Vida asistida	Son servicios que generalmente se proporcionan en un centro de vida asistida. Dichos servicios pueden incluir ayuda para realizar las tareas domésticas, para bañarse, vestirse y comer, asistencia con los medicamentos y programas sociales.	Sí
Atención de enfermería a cargo de un asistente	Servicios de enfermería o de asistencia médica que se proporcionan en su hogar para ayudarlo a manejar una afección médica, enfermedad o lesión o recuperarse de estas.	Sí
Control conductual	Servicios para tratar necesidades de salud mental o abuso de sustancias.	Sí
Capacitación de cuidadores	Capacitación y asesoramiento para las personas que cuidan de usted.	Sí
Coordinación de atención/administración de casos	Servicios que lo ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir con seguridad y de forma independiente. Esto incluye tener un	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
	administrador de casos y elaborar un plan de atención que incluya todos los servicios que necesita y recibe.	
Servicios de accesibilidad y adaptabilidad para el hogar	Este servicio realiza cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y desplazarse de manera segura y más fácil. Puede incluir cambios como la instalación de barandas en su baño o un asiento especial para el inodoro. No incluye cambios más importantes como alfombrado nuevo, reparación de techos, sistemas de plomería, etc.	Sí
Entrega de comidas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables a su hogar.	Sí
Servicios de personas para tareas domésticas	Este servicio lo ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas de rutina.	Sí
Atención de hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas para ayudarlas a mantenerse cómodas y sin dolor. Los servicios de apoyo también están disponibles para los familiares o cuidadores.	Sí
Enfermería especializada e intermitente	Ayuda adicional de enfermería si no necesita la supervisión de enfermeros en todo momento o la necesita durante períodos regulares.	Sí
Equipo y suministros médicos	El equipo médico se utiliza para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Se utiliza en	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
	repetidas ocasiones e incluye elementos como sillas de ruedas, dispositivos ortopédicos, muletas, entre otros productos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Incluyen elementos que se utilizan y luego se tiran, como vendas, guantes y otros productos.	
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar sus medicamentos si no puede hacerlo por su cuenta.	Sí
Gestión de medicamentos	Una revisión de todos los medicamentos con receta y de venta libre que toma.	Sí
Evaluación nutricional/Servicios para disminuir riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador acerca de su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse saludable.	Sí
Servicios en centro de atención de enfermería	Los servicios en centros de atención de enfermería incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, ayuda con actividades diarias, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla.	Sí
Atención personal	Estos son servicios domiciliarios que lo ayudan a realizar las siguientes actividades: • Bañarse • Vestirse • Comer • Llevar a cabo la higiene personal	Sí

Servicio	Descripción	Autorización previa
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Un dispositivo electrónico que puede usar o mantener cerca de usted y que le permite solicitar ayuda de emergencia en cualquier momento.	Sí
Cuidados paliativos	Este servicio les permite a sus cuidadores tomar un descanso. Puede utilizarlo en su hogar, en un centro de vida asistida o en un centro de atención de enfermería.	Sí
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a realizar actividades en su vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar productos en su casa.	Sí
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar al cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad, o debido a una afección médica.	Sí
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que lo ayudan a respirar mejor.	Sí
Terapia del habla	La terapia del habla incluye pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar.	Sí
Cuidados familiares estructurados	Servicios brindados en su hogar para ayudarlo a vivir allí en lugar de un centro de atención de enfermería.	Es posible que le brindemos la opción de utilizar este servicio en lugar de aquellos del centro de atención de enfermería.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Transporte	Transporte hacia todos los lugares donde recibe los servicios del programa de LTC y de regreso. Esto podría ser en autobús, en una camioneta que puede transportar personas discapacitadas, en un taxi o en otros tipos de vehículos.	Sí

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

- Servicios de cuidado brindado por un asistente
- Servicios de personas para tareas domésticas
- Servicios de atención personal
- Servicios de compañía para adultos
- Servicios de atención de enfermería especializada e intermitente

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

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

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

** La PDO no es una opción disponible para los participantes del Programa de exención para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Consulte el Anexo C.*

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

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Línea Calming Comfort	Los miembros pueden obtener una caja de suministros tranquilizantes por año que incluye productos de apoyo para problemas de salud mental y traumas. Se requiere autorización previa.	Una caja por año	Sí

Sección 17: Satisfacción de los miembros

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

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar un **reclamo.**	Puede hacer lo siguiente: • Comuníquese con nosotros en cualquier momento. **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)**	Nosotros haremos lo siguiente: • Trataremos de resolver su problema en un plazo de 1 día hábil.
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una **queja**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos en cualquier momento. • Llámenos para solicitar más tiempo para resolver su queja si cree que esto ayudará. Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals	Nosotros haremos lo siguiente: • Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
	P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 **1-800-441-5501** (MMA-Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)**	Si necesitamos más tiempo para resolver su queja haremos lo siguiente: • Le enviaremos una carta informándole nuestro motivo y le diremos sus derechos si no está de acuerdo con esto.
Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una **apelación**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos, y haga un seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días después de nuestra decisión sobre sus servicios. • Si es necesario, solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta. Es posible que se apliquen algunas normas. Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 **1-800-441-5501** (MMA – Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)**	Nosotros haremos lo siguiente: • Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que hemos recibido su apelación. • Lo ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta en un plazo de 30 días para responderle.
Si considera que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una **apelación acelerada o "rápida"**.	Puede hacer lo siguiente: • Escríbanos o llámenos en un plazo de 60 días después de nuestra decisión sobre sus servicios. Aetna Better Health of Florida Grievance and Appeals P.O. Box 81139 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181 **1-800-441-5501** (MMA – Medicaid) o **1-844-645-7371** (LTC) **(TTY: 711)**	Nosotros haremos lo siguiente: • Le daremos una respuesta en un plazo de 48 horas después de recibir su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida, y le enviaremos una carta en un plazo de 2 días.

	Qué puede hacer:	Qué haremos nosotros:
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una **audiencia imparcial de Medicaid****	Puede hacer lo siguiente: • Escriba a la Agencia de Administración de Atención Médica, Oficina de audiencias imparciales. • Solicítenos una copia de su registro médico. • Si es necesario, solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de nuestra carta. Es posible que se apliquen algunas normas. ***Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.*	Nosotros haremos lo siguiente: • Si es necesario, le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid. • Reiniciaremos sus servicios si el estado está de acuerdo con usted. Si continuó con sus servicios, es posible que le solicitemos que pague por ellos si la decisión final no es a su favor.

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

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

Agency for Health Care Administration
Medicaid Fair Hearing Unit
PO Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877-254-1055 (número gratuito)
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 a través del cual podamos comunicarnos con usted o su representante.

También puede incluir, si tiene, la siguiente información:

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

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

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

Revisión del estado (para miembros de MediKids)
Si solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisará la decisión a la que se llegó mediante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión del estado en cualquier momento hasta los 120 días después de recibir el aviso.

Su proceso de apelación debe haber finalizado antes.
Puede solicitar una revisión del estado por teléfono o por correo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877 254-1055 (número gratuito)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

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

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

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

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

Sección 18: Sus derechos como miembro

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

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que su dignidad y privacidad sean siempre respetadas y consideradas.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién le proporciona servicios médicos y quién es responsable por su atención.
- Saber cuáles servicios para miembros están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su comportamiento.
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Recibir información fácil de entender acerca de su diagnóstico y analizar de manera abierta el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos le ayudarán.
- Participar en la toma de decisiones de su atención médica con el proveedor, incluido el derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o el costo.
- Saber si el proveedor o centro acepta la tasa de asignación de Medicare.
- Ser informado sobre cuánto le puede costar un servicio antes de recibirlo.
- Obtener una copia de una factura y solicitar que le expliquen los cargos.
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento.

- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación.
- Presentar un reclamo cuando sus derechos no son respetados.
- Solicitar otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Obtener una copia de su registro médico y, si es necesario, solicitar que se agregue o corrija información en él.
- Mantener sus registros médicos privados y que solo sean compartidos cuando lo exija la ley o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (instrucciones anticipadas).
- Presentar un reclamo o una queja sobre cualquier asunto que no sea acerca de la decisión del plan sobre sus servicios.
- Apelar la decisión del plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no es parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de este.
- Hablar con libertad sobre su atención médica e inquietudes sin malos resultados.
- Ejercer sus derechos con libertad sin que el plan o sus proveedores de la red lo traten mal.
- Obtener atención sin miedo a ninguna forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el beneficiario y la información del plan.
- Obtener servicios disponibles y accesibles cubiertos por el plan (incluye los servicios de reemplazo [ILOS]).
- Hacer recomendaciones respecto de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Los miembros de LTC tienen derecho a lo siguiente:

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

Sección 19: Sus responsabilidades como miembro

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

- Brindar información precisa sobre su salud a su plan y proveedores.
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud.
- Hablar con el proveedor para asegurarse de que comprende un curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar al proveedor, seguir las instrucciones de atención y hacer preguntas.
- Asistir a sus citas y notificar al proveedor si no podrá hacerlo.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con los profesionales.
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.
- Asegurarse de que se realice el pago por los servicios sin cobertura que reciba.
- Cumplir con las regulaciones y las normas de conducta del centro de atención médica.
- Tratar al personal de atención médica y al administrador de casos con respeto.
- Informarnos si tiene problemas con el personal de atención médica.
- Utilizar la sala de emergencias solo en emergencias reales.
- Notificarle a su administrador de casos si hay algún cambio en su información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceso a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar fraude, abuso y pago en exceso.

Los miembros de LTC tienen las siguientes responsabilidades:

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

Sección 20: Otra información importante

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

Si recibe LTC o servicios de hospicio, puede tener que pagar todos los meses un “costo compartido” por sus servicios. Este costo compartido se denomina “responsabilidad del

paciente". El Departamento de Niños y Familias (DCF) le enviará una carta cuando sea elegible (o le informará sobre cambios) para LTC de Medicaid o servicios de hospicio. Esta carta se denomina "Aviso de acción del caso" o "NOCA". La carta de NOCA le comentará sobre las fechas de elegibilidad y cuánto debe pagarle al centro en donde vive, si vive en un centro, con relación a su parte del costo de su LTC o de servicios de hospicio.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con el administrador de casos de LTC, puede contactar al DCF llamando gratis al 1-866-762-2237 o puede visitar el sitio web del DCF en https://www.myflfamilies.com/medicaid (desplácese hacia abajo, revise los enlaces en el lado izquierdo del sitio web y seleccione el documento denominado "SSI-Related Medicaid Program Fact Sheet" [Hoja informativa del programa de Medicaid sobre el SSI]).

Protección del Proveedor de atención médica para personas de la India (IHCP)
Las personas de la India están exentas de abonar los costos compartidos para los servicios suministrados o recibidos por un IHCP o remisión en conformidad con el contrato de servicios de salud.

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

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

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

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

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

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

Abuso, negligencia y explotación de personas
No debe ser tratado nunca de mala manera. Tampoco es correcto que alguien lo golpee o le haga sentir miedo. Puede comunicarse con su PCP o administrador de casos para contarle lo que siente.

Si siente que está recibiendo malos tratos o es víctima de negligencia, puede comunicarse con la línea directa de abusos al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para TTY/TDD al 1-800-955-8771.

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

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

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

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

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

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

Puede descargar un formulario de instrucciones anticipadas en este sitio web: https://quality.healthfinder.fl.gov/report-guides/advance-directives.

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

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

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

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

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

Sección 21: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

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

- Información actualizada de licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Fijación de precios
- Mediciones del rendimiento

- Folletos de información para el consumidor
- Testamentos vitales
- Calificaciones de rendimiento de la calidad, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre las diferentes mediciones de rendimiento acerca de la calidad de atención que proporcionan. Las mediciones permiten que las personas comprendan la manera en que los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para visualizar las tarjetas de informes del plan, visite el sitio web https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13.

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

Información de MediKids

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

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

Programa de asistencia al consumidor independiente
El Departamento de las Personas Mayores de Florida también ofrece un Programa de Asistencia al Consumidor Independiente (ICSP). El ICSP trabaja con el Programa estatal del defensor del pueblo de atención a largo plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas formas de obtener información y ayuda cuando sea necesario. Para obtener más información, comuníquese con la línea de ayuda para personas mayores al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o ingrese a https://elderaffairs.org/programs-services/medicaid-long-term-care-services/statewide-medicaid-managed-care-long-term-care-program/.

Sección 22: Formularios

Testamento vital

Designación de sustituto de atención médica

Formulario de donantes (donación anatómica)

Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas

Testamento Vital

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

_____ (colocar inicial) tengo una afección terminal, o

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

_____ (colocar inicial) estoy en estado vegetativo persistente,

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

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

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

En el caso de que se haya determinado que no poseo la capacidad de brindar consentimiento expreso e informado respecto de la negación, el retiro o la continuación de los procedimientos que prolongan la vida, deseo

designar a la siguiente persona para que sea mi sustituto y aplique lo dispuesto en esta declaración:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

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

Instrucciones adicionales:

Firma: _____

Testigo: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

Testigo: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

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

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

Designación de sustituto de atención médica

Nombre: _____

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

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado_____ Código postal _____ Teléfono_____

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

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado_____ Código postal _____ Teléfono_____

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

Instrucciones adicionales (opcional):

_____

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

Nombre_____

Firma_____Fecha _____

Testigos: 1. _____
2. _____

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

Formulario uniforme de donante

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

Dono lo siguiente:

(a) ___ cualquier parte u órgano necesarios;

(b) ___ solo los siguientes órganos o partes [especificar los órganos o partes]:

_____

_____

_____

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

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

_____

_____

_____

[Si corresponde, enumerar específicos]

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

Firma del donante _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de firma_____ Ciudad y estado _____

Testigo 1: _____ Testigo 2: _____

Dirección _____ Dirección _____

_____ _____

Ciudad _____Estado ___ Código postal _____ Ciudad _____

Estado _____Código postal _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas

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

Instrucciones anticipadas de atención médica

Yo, _____

he establecido las siguientes instrucciones anticipadas: Testamento vital

Designación de sustituto de atención médica Donación anatómica

Otro (especificar) _____

---------- **DOBLAR AQUÍ** ---------- -

Información de contacto: _____

Nombre _____

Dirección _____

_____

Teléfono _____

Firma _____

Fecha _____

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

Aviso de no discriminación - La discriminación es ilegal.
Aetna Better Health of Florida cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (compatible con alcance de discriminación por cuestión de sexo como se describe en la Sección 92.101(a)(2)) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna:

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

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

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

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
PO Box 818001
Cleveland OH 44181-8001
Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**
Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https:// ocrportal.hhs.gov/ocr/

portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health en **www.AetnaBetterHealth.com**.

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

FL-24-02-01-SP (01/25)

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

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

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

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

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

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

AetnaBetterHealth.com/Florida

2947700-FL-SP (revised 1/2025)

aetna®

Aetna Better Health® of Florida