



MEDICAID DE FLORIDA DE SUNSHINE HEALTH

MANUAL DEL MIEMBRO

*Sunshine Health Medicaid, Atención integral a largo plazo,
Sunshine Health Mindful Pathways y Sunshine Health Power to
Thrive*



1-866-796-0530

Teléfono de texto 1-800-955-8770

En vigor a partir del 1 de febrero de 2025

SunshineHealth.com

MMA_8337

If you do not speak English, call us at 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can talk with you in your language.

Spanish: Si usted no habla inglés, llámenos al 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

French: Si vous ne parlez pas anglais, appelez-nous au 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

Haitian Creole: Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.

Italian: Se non parli inglese chiamaci al 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.

Russian: Если вы не разговариваете по-английски, позвоните нам по номеру 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке.

Vietnamese: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.

Información de contacto importante

Línea de ayuda de Servicios al Miembro	1-866-796-0530	Disponible las 24 horas
Línea de ayuda de Servicios al Miembro Teléfono de texto	1-800-955-8770	Disponible las 24 horas
Sitio web	SunshineHealth.com	
Dirección	P.O. Box 4559089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089	

Servicio	Información de contacto
Servicios de transporte no urgente para MMA Medicaid	Reservas y Ride Assist (¿Dónde está mi transporte?): 1-844-352-0134 (teléfono de texto 711)
Servicios de transporte no urgente para Sunshine Health Mindful Pathways	Reservas y Ride Assist (¿Dónde está mi transporte?): 1-844-352-0134 (teléfono de texto 711)
Servicios de transporte no urgente para cuidados a largo plazo	Reservas y Ride Assist (¿Dónde está mi transporte?): 1-844-352-0134 (teléfono de texto 711)
LTC integral	Reservas y Ride Assist (¿Dónde está mi transporte?): 1-844-352-0134 (teléfono de texto 711)
Servicios de transporte no urgente para Sunshine Health Power to Thrive	Reservas y Ride Assist (¿Dónde está mi transporte?): 1-844-352-0134 (teléfono de texto 711)
Servicios de farmacia	1-800-460-8988
Agencia de Servicios de Gestión de Cuidados de Florida	1-877-462-1200
ODP de Cuidado a largo plazo	1-877-659-4500
Gestión de enfermedades	1800-942-4008
Línea de asesoría de enfermería	1-866-796-0530
Servicios dentales	Comuníquese directamente con el administrador de su caso o llame al 1-866-796-0530 para que lo ayuden a organizar estos servicios.

Servicio	Información de contacto
Para informar de presuntos casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) Teléfono de texto: 711 o 1-800-955-8771 http://www.myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline
Para la elegibilidad de Medicaid	1-866-762-2237 Teléfono de texto: 711 o 1-800-955-8771 https://www.myflfamilies.com/medicaid#ME
Para denunciar el fraude o abuso de Medicaid	1-888-419-3456 https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/
Para presentar una queja sobre un centro de salud	1-888-419-3456 http://ahca.myflorida.com/MCHQ/FieldOps/CAU.shtml
Para solicitar una audiencia justa de Medicaid	1-877-254-1055 1-239-338-2642 (fax) MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com
Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid	1-877-254-1055 Teléfono de texto: 1-866-467-4970 http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para encontrar información para adultos mayores	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) http://www.elderaffairs.org/doea/arc.php
Para encontrar información sobre la violencia doméstica	1-800-799-SAFE (1-800-799-7233) Teléfono de texto: 1-800-787-3224 http://www.thehotline.org/
Para encontrar información sobre centros médicos en Florida	https://quality.healthfinder.fl.gov/
Para encontrar información sobre la atención urgente	Llame al 1-866-796-0530 o visite el sitio web SunshineHealth.com
Para emergencias	9-1-1 o vaya a la sala de emergencia más cercana
En caso de emergencia de salud mental	Llame al 988

Índice

Información de contacto importante	3
Bienvenido al plan estatal de atención administrada de Medicaid de Sunshine Health	9
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan (tarjeta de identificación).....	10
Sección 2: Su privacidad	11
Sección 3: Cómo obtener ayuda de los Servicios al Miembro	18
Comunicarse con los Servicios al Miembro.....	18
Comunicarse con los Servicios al Miembro fuera del horario de atención al público.	18
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	18
Sección 5: Cuando su información cambia	19
Sección 6: Cambios a su Plan de Salud.....	19
Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid	19
Si pierde la elegibilidad para Medicaid	19
Si tiene Medicare	19
Si va a tener un bebé	19
Sección 8: Inscripción en nuestro plan.....	21
Inscripción inicial	21
Período de inscripción abierta	21
Inscripción en el Programa de Cuidado a largo plazo de SMMC	21
Sección 9: Abandono de nuestro plan (desafiliación)	23
Baja de nuestro plan (desafiliación involuntaria)	23
Sección 10: Manejo de su cuidado	24
Plan de especialidad SMI	24
Cambiando Administradores de Casos	25
Solicitud de suspensión de servicios.....	25
Sección 11: Acceder a servicios	26

Proveedores de nuestro plan	26
Proveedores no incluidos en nuestro plan.....	26
¿Cuándo pagamos sus servicios dentales?	26
¿Qué tengo que pagar?	27
Servicios para niños.....	27
Servicios cubiertos por el sistema de pago por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de Sunshine Health.....	27
Objeciones morales o religiosas.....	28
Sección 12: Información útil sobre sus beneficios	28
Cómo elegir un médico de atención primaria (PCP).....	28
Cómo elegir un PCP para su hijo(a).....	28
Plan de Especialidades SMI.....	28
Atención especializada y derivaciones	29
Segundas opiniones.....	29
Atención urgente.....	29
Atención hospitalaria.....	29
Atención de emergencia	30
Normas del proveedor para agendar citas con el PCP y el especialista	30
Prescripciones médicas	31
Información sobre farmacias especializadas	32
Servicios de salud mental	33
Programas de recompensas para miembros.....	36
Programas de control de enfermedades crónicas	37
Programas de mejora de la calidad.....	37
Visitas a niños sanos	38
Violencia doméstica	38
Prevención del embarazo.....	38
Programas relacionados con el embarazo	38
Asociaciones Healthy Start	39
Evaluación y asesoría nutricional	39

Sección 13: Los beneficios de su plan: Servicios Administrados de Asistencia Médica.....	40
Beneficios de su plan: Beneficios ampliados.....	53
Beneficios de su plan: Caminos hacia la prosperidad	62
Sección 14: Costo compartido de los servicios	62
Sección 15: Información útil sobre el Programa de Cuidados a largo plazo (LTC).....	62
Inicio de los servicios	63
Elaboración de un plan de cuidados	63
Actualización del plan de cuidados	64
Su plan de respaldo	64
Sección 16: Los beneficios de su plan: Servicios de Cuidado a largo plazo	64
Opción de Dirección del Participante (ODP)* de Cuidado a largo plazo.....	68
Beneficios de su plan: Beneficios ampliados de LTC	68
Sección 17: Satisfacción del miembro	71
Quejas, reclamos y apelaciones al plan	71
Apelación rápida del plan.....	72
Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)	73
Revisión por el estado (para miembros de MediKids)	73
Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid.....	74
Sección 18: Sus derechos como miembro	74
Sección 19: Responsabilidades de los miembros	62
Sección 20: Otra información importante	62
Responsabilidad del paciente por los servicios de Cuidado a largo plazo (LTC) o de hospicio.....	76
Protección del proveedor de atención de salud indio (IHCP)	76
Plan de emergencia en caso de catástrofe	77
Fraude/Abuso/Pago en exceso en el programa Medicaid	77
Abuso/Negligencia/Explotación de Personas	77
Directivas anticipadas	78
Obtener más información.....	78
Conecte su asistencia de salud: Nuevo acceso a su historial médico digital	79

Sección 21: Recursos adicionales.....	79
<u>Floridahealthfinder.gov</u>	79
Unidad de vivienda para adultos mayores.....	79
Información MediKids.....	80
Centro de recursos para personas mayores y discapacitadas.....	80
Programa de apoyo al consumidor independiente	80
Sección 22: Formularios.....	80
Sección 23: Recursos comunitarios.....	81
Sunshine Health Connects.....	81
Centros de Conexiones Comunitarias.....	81

Bienvenido al plan estatal de atención administrada de Medicaid de Sunshine Health

Sunshine Health tiene un contrato con la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de atención médica a las personas con Medicaid. Esto se conoce como el **Programa de Atención Administrada de Medicaid en todo el estado (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.

Existen varios tipos de servicios de Medicaid que puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis y atención de emergencia, de un plan de **Asistencia Médica Administrada (MMA)**. Si usted es un anciano o un adulto con discapacidades, puede recibir servicios en un centro de cuidados y en el hogar, además de servicios comunitarios en un plan de **Cuidado a largo plazo (LTC)**. Si padece una determinada enfermedad, como el SIDA, puede recibir cuidados diseñados para satisfacer sus necesidades en un Plan **Especializado**.

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

Si usted participa en el Programa Piloto para Discapacitados Intelectuales del Desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés), la mayor parte de la información de este manual le es aplicable. Le informaremos si algo no se aplica o si hay información que se aplica a los inscritos en el IDD.

Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta u obtener ayuda para concertar citas. Si necesita hablar con nosotros, llámenos al 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770).

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

Debería haber recibido su tarjeta de identificación por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si los datos de su tarjeta son incorrectos. Cada uno de sus familiares en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación.

Lleve siempre su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya a una cita médica o al hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación a nadie para que la utilice. Si pierde o le roban la tarjeta, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación de miembro lucirá así:

(Frente)

Member		
Name:	Pharmacy	
Medicaid ID:	Help Desk:	
DOB:	1-833-750-4392	
Effective Date:	RXBIN: 003858	
PCP Name:	RXPCN: MA	
PCP Phone:	RXGRP: 2EDA	
<small>If you have health questions, call your PCP or our 24/7 nurse advice hotline at 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770). In an emergency, call 911.</small>		

(Reverso)

IMPORTANT CONTACT INFORMATION FOR MEMBERS		
Sunshine Health P.O. Box 459086, Fort Lauderdale, FL 33345-9086 SunshineHealth.com		
Call 1-866-796-0530 (TTY: 1-800-955-8770) for		
• 24/7 Member Services	• Non-participating	• Eligibility
• 24/7 Nurse Advice Line	• Provider Services	• Behavioral Health
• Provider Services	• Vision Services	• Case Management
• Authorization	• Dental Services	
Submit Claims To: Sunshine Health Attn: CLAIMS P.O. Box 3070, Farmington, MO 63640-3823		

Si solo es un miembro de Cuidado a largo plazo, su tarjeta de identificación de miembro tendrá el siguiente aspecto:

(Frente)

	
ENROLLEE NAME: <<ENROLLEE-NAME>>	
ENROLLEE ID#: <<ENROLLEE-NO>>	
EFFECTIVE DATE: <<EFF-DATE>>	
<small>This card should only be used for Long Term Care services. It should not be used for medical services. Call Sunshine Health Member Services to confirm benefits, eligibility and service authorizations.</small>	

(Reverso)

IMPORTANT CONTACT INFORMATION FOR MEMBERS		
Sunshine Health P.O. Box 459086, Fort Lauderdale, FL 33345-9086 SunshineHealth.com		
Call 1-866-796-0530 (TTY: 1-800-955-8770) for		
• 24/7 Enrollee Services	• Eligibility	• Provider Services
• Authorization(s)	• Case Management	• Non-participating Providers

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, etnia y otros datos que lo identifican. No compartiremos ninguna información sobre su salud que no esté permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Nuestras políticas y protecciones de privacidad son:

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame a los Servicios al Miembro: 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770).

Deberes cubiertos de Sunshine Health:

Sunshine Health es una Entidad Cubierta según se define y regula en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Sunshine Health está obligada por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), a proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, a cumplir con los términos del Aviso en vigor y a notificarle en caso de una violación de su PHI no asegurada.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI, y cómo ejercerlos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Sunshine Health se reserva el derecho de modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI suya que recibamos en el futuro. Sunshine Health revisará y distribuirá sin demora este Aviso siempre que haya un cambio material en lo siguiente:

- Los usos o divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en el Aviso

Pondremos a su disposición cualquier Aviso revisado en nuestro sitio web o mediante un envío por correo separado.

Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:

Sunshine Health protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, etnia e idioma (REL) y orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Hablamos de su PHI solo por motivos profesionales con las personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Utilizamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pagos:** podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionaron. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las normas federales de privacidad para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o cobertura de los reclamos y la revisión de los servicios para determinar su necesidad médica.
- **Operaciones de atención médica:** podemos utilizar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicios de atención al cliente, la respuesta a reclamos y apelaciones, así como la administración y coordinación de la atención. En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:
 - Actividades de evaluación y mejora de la calidad
 - Revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de la salud
 - Administración de casos y coordinación de la asistencia
 - Detección o prevención de fraudes y abusos en la asistencia médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y leyes del plan médico. Esto significa que la información que nos proporciona es privada y segura. Solo podemos compartir esta información con proveedores de atención médica. No se compartirá con terceros sin su permiso o

autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y servicios. Esta información nos ayuda a:

- Comprender mejor sus necesidades médicas.
- Conocer sus preferencias lingüísticas cuando acuda a los profesionales médicos.
- Proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención.
- Ofrecerle programas que lo ayuden a estar más sano.

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgación de información por parte del plan de salud colectivo/del patrocinador del plan:** podemos divulgar sus datos médicos protegidos a un patrocinador del plan de salud colectivo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará los datos médicos protegidos (como aceptar no utilizar los datos médicos protegidos para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de optar por no recibir, o dejar de recibir, dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de suscripción:** podremos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, por ejemplo, para tomar una decisión sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido utilizar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Por imperativo legal:** si la legislación federal, estatal o local exige un uso o divulgación de su PHI, podremos utilizar o divulgar su información PHI en la medida en que el uso o divulgación cumpla con dicha legislación y se limite a los requisitos de la misma. Si dos o más leyes o reglamentos que rigen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de salud pública:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y

Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También podemos vernos obligados a divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI pertinente a las fuerzas del orden público cuando así se requiera para responder a un delito.
- **Médicos forenses y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas para la salud y la seguridad:** podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por razones de seguridad nacional, actividades de inteligencia, el Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, la protección del Presidente y otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Indemnización laboral:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia de ayuda en caso de desastre autorizada o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos nuestro criterio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es en su mejor interés, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado.

- **Reclusos:** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otras personas; o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica se haya aprobado y cuando se hayan establecido ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Comercialización:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de marketing presenciales con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para determinadas funciones de tratamiento, pago o funcionamiento de la asistencia médica.

Tiene derecho a revocar su autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI basándonos en dicha autorización inicial.

Derechos individuales

Los siguientes son sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si estamos de acuerdo, accederemos a su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio de comunicación o el lugar. Debemos acceder a su solicitud si es razonable y especifica el medio o lugar alternativo en el que debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI:** usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de registros designados. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no sea factible. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden revisar los motivos de la negación. También le indicaremos cómo solicitar dicha revisión o si la negación no puede revisarse.
- **Derecho a modificar su PHI:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos, o cambiemos, su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podemos negar su solicitud por determinadas razones, por ejemplo, si no creamos la información que desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración en la que manifieste su desacuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir una relación de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias dentro del último período de 6 años en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y ciertas otras actividades. Si solicita esta rendición de cuentas más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar un reclamo:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

También puede presentar una queja ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200

Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019, (teléfono de texto 1-866-788-4989) o visitando el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>.

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA DENUNCIA.

- **Derecho a recibir una copia de este Aviso:** puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento si utiliza la información de contacto que aparece al final del Aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel del Aviso.

Información de contacto

Preguntas sobre este Aviso: si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono:

Sunshine Health
Att: Oficial de Privacidad
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Sección 3: Cómo obtener ayuda de los Servicios al Miembro

Nuestro Departamento de Servicios al Miembro puede responder a todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), a averiguar si un servicio está cubierto, a obtener referencias, a encontrar un proveedor, a sustituir una tarjeta de identificación perdida, a informar del nacimiento de un bebé y a explicarle cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.

Comunicarse con los Servicios al Miembro

Puede llamarnos al 1-866-796-0530 o por el teléfono de texto al 1- 800-955-8770, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., pero no en días festivos aprobados por el estado (como el día de Navidad y el día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de llevar su tarjeta de identificación para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación o se la roban, llame a Servicios al Miembro).

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Tenemos personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Le proporcionamos esta ayuda sin costo alguno.

Para personas con discapacidad. Si utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos indicarle si el consultorio de un proveedor es accesible en silla de ruedas o tiene dispositivos para la comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para oír o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 e infórmeles de nuestro número de teléfono de Servicios al Miembro (1-866-796-0530). Ellos lo comunicarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille.
- Ayuda para agendar o acudir a las citas.
- Nombres y direcciones de proveedores especializados en su discapacidad.

Todos estos servicios son gratuitos.

Sección 5: Cuando su información cambia

Si alguno de sus datos personales cambia, comuníquenoslo lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios al Miembro. Necesitamos poder comunicarnos con usted sobre sus necesidades de atención médica.

El Departamento de Niños y Familias (DCF) también necesita saber cuándo cambia su nombre, dirección, condado o número de teléfono. Llame al número gratuito del DCF al 1-866-762-2237 (teléfono de texto 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:30 p.m. Asimismo, puede ir en línea y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para la Autosuficiencia Económica (ACCESS) en <https://myaccess.myfamilies.com/>. Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame al número gratuito de la SSA al 1-800-772-1213 (teléfono de texto 1-800-325-0778), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Asimismo, puede comunicarse con su oficina local de Seguro Social o ir en línea y hacer cambios en su cuenta de Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Cambios a su Plan de Salud

Si su plan de salud experimenta un cambio significativo que le afecta a usted como miembro es responsabilidad del plan informarle (al miembro) al menos 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigor del cambio.

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

Usted debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que Sunshine Health pague sus servicios y citas de atención médica. Esto se conoce como tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), tiene derecho a Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid con el DCF.

A veces las cosas en su vida pueden cambiar y estos cambios pueden afectar su derecho a Medicaid. Es muy importante asegurarse que tiene Medicaid antes de acudir a cualquier cita. El hecho que tenga una tarjeta de identificación del Plan no significa que todavía tenga Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre el mismo, llame a Servicios al Miembro. Podemos ayudarle a comprobar su cobertura.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid

Si pierde la elegibilidad para Medicaid y la recupera en un plazo de 180 días, se le volverá a inscribir en nuestro plan.

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, siga utilizando su tarjeta de identificación de Medicare cuando necesite servicios médicos (como ir al médico o al hospital), pero también entregue al proveedor su tarjeta de identificación del plan de Medicaid.

Si va a tener un bebé

Si va a tener un bebé, estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a los Servicios al Miembro para informarnos de la llegada de su bebé y nos aseguraremos de que esté cubierto y tenga Medicaid de inmediato.

Es útil que nos informe que está embarazada antes de que nazca su bebé para asegurarnos de que su bebé tenga Medicaid. Llame gratis al DCF al 1-866-762-2237 mientras esté embarazada. Si necesita ayuda para hablar con el DCF, llámenos. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día en que nazca; le darán un número de Medicaid para su bebé. Comuníquenos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

Sección 8: Inscripción en nuestro plan

Inscripción inicial

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene 120 días para probarlo. Si no le gusta por cualquier motivo, puede inscribirse en otro plan de SMMC de la misma región. Una vez transcurridos esos 120 días, queda inscrito en nuestro plan para el resto del año. Esto se conoce como estar **bloqueado** en un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta

Cada año, tendrá 60 días para cambiar de plan si lo desea. Esto se conoce como **período de inscripción abierta**. El Agente de Inscripción del estado le enviará una carta para informarle de cuándo es su período de inscripción abierta.

No tiene que cambiar de plan durante el periodo de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, empezará con su nuevo plan al final de su periodo de inscripción abierta. Una vez que se haya inscrito en el nuevo plan, quedará bloqueado hasta el siguiente periodo de inscripción abierta. Puede llamar al Agente de Inscripción al 1-877-711-3662 (teléfono de texto 1-866-467-4970).

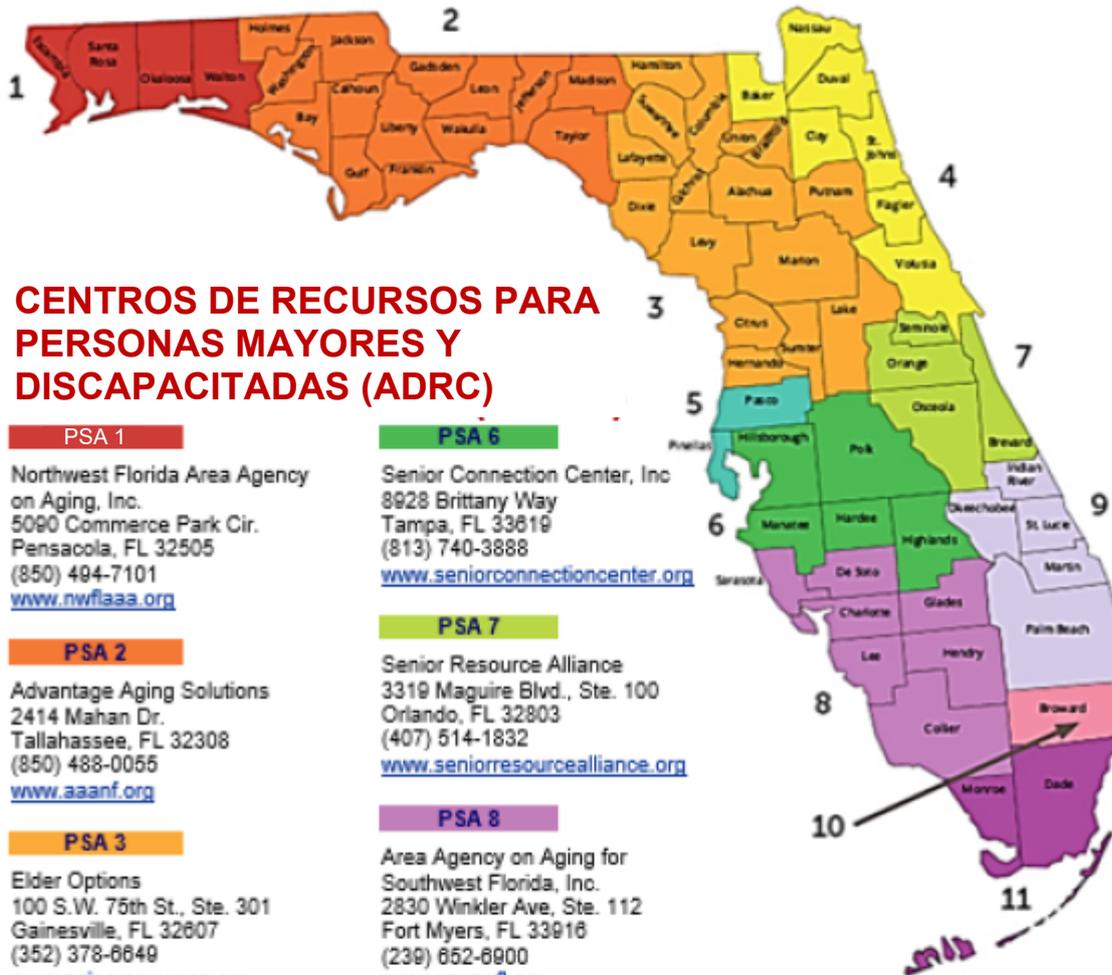
Inscripción en el Programa de Cuidado a largo plazo de SMMC

El programa de Cuidado a largo plazo (LTC) de SMMC ofrece servicios en centros de enfermería, así como cuidados en el hogar y en la comunidad a adultos mayores y adultos (mayores de 18 años) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a permanecer en sus hogares, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda con las compras; o supervisión.

Pagamos los servicios que se prestan en el centro de cuidados. Si vive en un centro de cuidados de Medicaid a tiempo completo, probablemente ya esté en el programa LTC. Si no lo sabe, o cree que no está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios al Miembro. Podemos ayudarle.

El programa LTC también ofrece ayuda a las personas que viven en su casa. Sin embargo, el espacio es limitado para estos servicios a domicilio, así que antes de que pueda recibir estos servicios, tiene que hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud; a esto se le conoce como examen. Los Centros de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad (ADRC) del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad realizan estos exámenes. Una vez finalizado el chequeo, el ADRC le notificará su inclusión en la lista de espera o le proporcionará una lista de recursos si no se le incluye en dicha lista. Si se le coloca en la lista de espera y hay un espacio disponible para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación y Revisión Integral para Servicios de Atención a Largo Plazo (CARES) del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que cumple con otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Una vez inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo con los requisitos del programa cada año.

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



CENTROS DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS (ADRC)

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

PSA 2
 Advantage Aging Solutions
 2414 Mahan Dr.
 Tallahassee, FL 32308
 (850) 488-0055
www.aaanf.org

PSA 3
 Elder Options
 100 S.W. 75th St., Ste. 301
 Gainesville, FL 32607
 (352) 378-8649
www.agingresources.org

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

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

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

PSA 7
 Senior Resource Alliance
 3319 Maguire Blvd., Ste. 100
 Orlando, FL 32803
 (407) 514-1832
www.seniorresourcealliance.org

PSA 8
 Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc.
 2830 Winkler Ave, Ste. 112
 Fort Myers, FL 33916
 (239) 652-6900
www.aaaswf.org

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

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

PSA 11
 Alliance for Aging, Inc.
 760 N.W. 107th Ave., Ste. 214,
 2nd Floor
 Miami, FL 33172
 (305) 670-6500
www.allianceforaging.org

Sección 9: Abandono de nuestro Plan (Desafiliación)

Abandonar un plan se conoce como **desafiliación**. Por ley, las personas no pueden dejar o cambiar de plan mientras están bloqueadas, excepto por razones específicas. Si desea abandonar nuestro plan mientras está inscrito, llame al Agente de Inscripción del estado para ver si se le permite cambiar de plan.

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

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas
- Usted vive y recibe los servicios de atención a largo plazo de un centro de asistencia, una residencia familiar para adultos o un centro de cuidados que estaba en nuestra red, pero que ya no está en ella.

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de reclamo y apelación²:

- Recibe una atención de mala calidad y la Agencia está de acuerdo con usted después de haber examinado su historial médico
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero los puede obtener a través de otro plan
- Sus servicios se retrasaron sin una buena razón

Si tiene alguna duda sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios al Miembro o al 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770) o al Agente de Inscripción del estado al 1-877-711-3662 (teléfono de texto 1-866-467-4970).

Baja de nuestro Plan (desafiliación involuntaria)

La Agencia puede darle de baja de nuestro plan (y a veces del programa SMMC por completo) por ciertas razones. Esto se conoce como **desafiliación involuntaria**. Estas razones incluyen:

- Usted pierde su elegibilidad para Medicaid
- Usted se muda fuera de donde operamos o fuera del estado de la Florida
- Usted utiliza intencionalmente su tarjeta de identificación del plan de manera incorrecta o permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan
- Usted falsifica o adultera las prescripciones médicas

¹ Para ver la lista completa de motivos de desafiliación justificada, consulte la Regla Administrativa de Florida 59G-8.600:
https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED_CARE&ID=59G-8.600

² Para saber cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 16, Satisfacción de los miembros, en la página 73.

- Usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulta proporcionarle atención
- Está en el programa LTC y vive en un centro de vivienda asistida o en una residencia familiar para adultos que no es similar a un hogar y no se mudará a un centro que sea similar a un hogar³

Si la Agencia le retira de nuestro plan, porque ha infringido la ley o por su comportamiento, no podrá volver al programa SMMC.

Sección 10: Administración de su atención médica

Si tiene una condición o enfermedad que requiere apoyo y coordinación adicionales, podemos asignarle un administrador de cuidados para que trabaje con usted. Su administrador de cuidados le ayudará a obtener los servicios que necesita. Asimismo, trabajará con sus otros proveedores para gestionar su atención médica. Si le proporcionamos un administrador de cuidados y usted no lo desea, llame a Servicios al Miembro para comunicárnoslo.

Si está en el programa LTC, le asignaremos un administrador de cuidados. Esto es obligatorio si está en el programa LTC. Su administrador de cuidados es la persona a la que debe acudir y es responsable de coordinar su atención. Esto significa que es la persona que le ayudará a averiguar qué servicios LTC necesita y cómo obtenerlos.

Si tiene algún problema con sus cuidados o cambia algo en su vida, comuníquelo a su administrador de cuidados y él le ayudará a decidir si sus servicios deben cambiar para apoyarle mejor.

Plan Especializado de SMI

Apoyo a la coordinación de la atención por parte de personal capacitado en SMI

Nuestros administradores de atención están capacitados para entender los desafíos únicos que enfrentan los miembros de nuestro Plan Especializado SMI. Ofrecen la más alta calidad de atención.

Los miembros de nuestro Plan Especializado SMI también reciben apoyo a través de nuestro Programa de Alcance de Coordinación de la Atención. Al menos una vez por trimestre, comprobamos si nuestros miembros necesitan ayuda con servicios como:

- Conductuales, médicos o farmacéuticos
- Sociales como vivienda, comida, etc.

Acceso a un especialista dedicado de Sunshine Health en la escuela

³ Esto es solo para los miembros del programa de Cuidado a largo plazo. Si tiene preguntas sobre el cumplimiento de este requisito federal por parte de su centro, llame a Servicios al Miembro o a su administrador de cuidados.

Los miembros del Plan Especializado de SMI y sus familias tienen acceso a nuestro especialista de Sunshine Health en la escuela. Esta persona sabe cómo trabajar con las escuelas para ayudar a nuestros miembros a obtener los servicios que necesitan para mejorar el éxito escolar.

Acceso a un especialista dedicado a la vivienda de Sunshine Health

Los miembros de nuestro Plan Especializado en SMI tienen acceso a nuestro Especialista en Vivienda de Sunshine Health, que les ayudará a trabajar con las agencias locales para encontrar una vivienda segura y estable.

Cambio de administrador de cuidados

Si desea elegir un administrador de cuidados diferente, llame a Servicios al Miembro. Puede haber ocasiones en las que tengamos que cambiar su administrador de cuidados. Si tenemos que hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y puede que le llamemos por teléfono.

Aspectos importantes que debe comunicar a su administrador de cuidados

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

- No le gusta un servicio
- Tiene dudas sobre un proveedor de servicios
- Sus servicios no son los adecuados
- Obtiene un nuevo seguro médico
- Va al hospital o a urgencias
- Su cuidador ya no puede ayudarlo
- Su situación de vida cambia
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambian

Solicitud de suspensión de los servicios

Si algo cambia en su vida y necesita suspender su(s) servicio(s) por un tiempo, infórmeselo a su administrador de cuidados. Su administrador de cuidados le pedirá que rellene y firme un formulario de consentimiento para la suspensión voluntaria de sus servicios.

Sección 10: Acceso a los servicios

Antes de que reciba un servicio o acuda a una cita médica, tenemos que asegurarnos de que necesita el servicio y de que es médicamente adecuado para usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Para ello, examinamos su historial médico y la información facilitada por su médico u otros profesionales médicos; posteriormente, decidimos si ese servicio puede ayudarle. Utilizamos las normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

Proveedores en nuestro plan

En la mayoría de los casos, debe acudir a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros y otros proveedores de atención médica con los que trabajamos; puede elegir entre cualquier proveedor de nuestra red de proveedores. Esto se conoce como **libertad de elección**. Si acude a un proveedor de servicios médicos que no esté en nuestra red, es posible que tenga que pagar por esa cita o servicio.

Encontrará una lista de los proveedores que forman parte de nuestra red en nuestro directorio de proveedores. Si desea una copia, llame al 1-866-796-0530 para obtenerla o visite nuestro sitio web SunshineHealth.com.

Si está en el programa LTC, su administrador de cuidados es la persona que lo ayudará a elegir un proveedor de servicios que esté en nuestra red para cada uno de sus servicios. Una vez que elija un proveedor de servicios, ellos lo contactarán a él para comenzar sus servicios. Así es como se **aprueban** los servicios en el programa LTC. Su administrador de cuidados 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 otras partes de su vida.

Proveedores que no están en nuestro plan

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

- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud preventiva para mujeres, como exámenes de mamas, pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y atención prenatal
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Atención de urgencia

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestra red. No olvide consultarnos antes de utilizar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

¿Cuándo pagamos sus servicios dentales?

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero algunos servicios pueden estar cubiertos por Sunshine Health. Comuníquese con los Servicios al Miembro a través del 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770) para que lo ayuden a coordinar estos servicios.

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que tenga que pagar por citas o servicios que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es un servicio que debemos prestar en el programa de Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios 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 los servicios si no los aprobamos antes.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios al Miembro. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros; le ayudaremos.

Servicios para niños⁴

Debemos prestar todos los servicios médicamente necesarios a nuestros miembros de 0 a 20 años. Así lo establece la ley. Esto es así aunque no cubramos un servicio o si el mismo tiene un límite. Siempre que los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios tienen:

- Dinero ilimitado
- Tiempo ilimitado, sin límites horarios ni diarios

Llame a Servicios al Miembro si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios cubiertos por el sistema de pago por servicio de Medicaid y no cubiertos por Sunshine Health

El programa de pago por servicio de Medicaid es responsable de cubrir los siguientes servicios, en lugar de que Sunshine Health los cubra:

- Programa de coincidencia certificada del Departamento de Salud del Condado (CHD)
- Presupuesto individual para discapacidades del desarrollo (iBudget). Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad
- Exención de servicios domiciliarios y comunitarios para la disautonomía familiar (FD)
- Medicamentos relacionados con el factor de la hemofilia
- Servicios de centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID)
- Programa de correspondencia escolar certificada por Medicaid (MCSM)
- Exención de servicios domiciliarios y comunitarios modelo
- Servicios de audición para recién nacidos
- Atención ampliada pediátrica prescrita
- Programa de correspondencia del condado para el abuso de sustancias

Esta página web de la Agencia proporciona detalles sobre cada uno de los servicios enumerados anteriormente y cómo acceder a los mismos:

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

⁴ También se conoce como requisitos de “Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico” o “EPSDT”.

Objeciones morales o religiosas

Si no cubrimos un servicio por una razón religiosa o moral, le comunicaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos debe llamar al Agente de Inscripción del Estado al 1-877-711-3662 (teléfono de texto 1-866-467-4970). El Agente de Inscripción le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

Sección 12: Información útil sobre sus beneficios

Elección de un proveedor de atención primaria (PCP)

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

Una de las primeras cosas que tendrá que hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un PCP. Puede ser un médico, una enfermera o un asistente médico. Usted se comunicará con su PCP para agendar una cita para servicios como revisiones periódicas, vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas; esto se conoce como **remisión**. Puede elegir su PCP llamando a los Servicios al Miembro.

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

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Para hacerlo, llame a Servicios al Miembro.

Elección de un proveedor de atención primaria para su hijo

Puede elegir un PCP para su bebé antes de que nazca. Podemos ayudarle a hacerlo llamando a Servicios al Miembro. Si no elige un PCP antes de que nazca su bebé, nosotros elegiremos uno por usted. Si quiere cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que elija un PCP para su hijo, a fin de asegurarse de que reciba sus visitas de bienestar infantil cada año. Las visitas de niño sano son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son chequeos regulares que le ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber qué está pasando con su hijo y cómo está creciendo. Su hijo también puede recibir vacunas en estas visitas. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo sano⁵.

Puede llevar a su hijo al pediatra, al médico de familia o a otro proveedor de atención médica.

No necesita una remisión para las visitas de bienestar del niño. Además, las visitas del niño sano son gratuitas.

Plan Especializado de SMI

⁵ Para obtener más información sobre las revisiones y evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las "Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva - Calendario de periodicidades" en [Calendario de periodicidades \(aap.org\)](http://www.aap.org).

Acceso a la atención integrada a través de hogares de salud mental/hogares médicos centrados en el paciente.

Los miembros de SMI son más propensos a tener múltiples problemas de salud como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc., que la población general. También es menos probable que tengan acceso a un PCP. Para garantizar un acceso fácil a un PCP para nuestros miembros con SMI, ayudamos a facilitar el acceso a uno que forme parte de un hogar de salud mental o un hogar médico centrado en el paciente para garantizar que se satisfagan todas sus necesidades, incluyendo la salud física y mental.

Atención especializada y remisiones

A veces, es posible que necesite ver a un proveedor que no sea su PCP para tratar problemas médicos como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Hable primero con su PCP. Su PCP le remitirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica.

Si tiene un administrador de cuidados, asegúrese de informarle sobre sus **remisiones**. El administrador de cuidados trabajará con el especialista para que le atienda.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una **segunda opinión** sobre su atención médica. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver qué tiene que decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarle a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. Obtener una segunda opinión no tiene costo alguno para usted.

Su PCP, su administrador de cuidados o los Servicios al Miembro pueden ayudarle a encontrar un proveedor que le dé una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, le ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores para la segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que lo vea.

Atención urgente

La atención de urgencia no es una atención de emergencia. Esta atención es necesaria cuando usted tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de 48 horas. Su salud o su vida no suelen estar en peligro, pero no puede esperar a ver a su PCP u ocurre después de que el consultorio de su PCP ha cerrado.

Si necesita atención de urgencia después del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a nuestra Línea de Asesoría de Enfermería las 24 horas al 1-866-796-0530. Se le conectará con una enfermera. Tenga a mano el número de su tarjeta de identificación de Sunshine Health. La enfermera puede ayudarle por teléfono o dirigirle a otro tipo de atención. Es posible que tenga que darle a la enfermera su número de teléfono. Durante las horas normales de oficina, la enfermera le ayudará a comunicarse con su PCP.

También puede encontrar el centro de atención urgente más cercano a usted llamando a Servicios al Miembro al 1-866-796-0530 o visitando nuestro sitio web en SunshineHealth.com y haciendo clic en "Buscar un proveedor".

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o pasar la noche, su PCP lo organizará. Debemos aprobar los servicios en el hospital antes de que usted vaya, excepto en caso de

emergencia. No pagaremos los servicios hospitalarios a menos que los aprobemos con antelación o se trate de una emergencia.

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

Atención de emergencia

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

- Huesos rotos
- Sangrado que no se detiene
- Está embarazada, está de parto o sangra
- Problemas para respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar

Los servicios de emergencia son aquellos que se reciben cuando se está muy enfermo o herido. Estos servicios intentan mantenerle con vida o evitar que empeore. Suelen prestarse en una sala de emergencias.

Si su estado es grave, llame al 911 o acuda de inmediato al centro de emergencia más cercano. Puede acudir a cualquier hospital o centro de emergencia. Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su PCP; este le dirá lo que debe hacer.

No es necesario que el hospital o centro forme parte de nuestra red de proveedores o que esté en nuestra área de servicio. Tampoco es necesario que obtenga una aprobación previa para recibir atención de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su condición.

Si tiene una emergencia cuando está fuera de casa, reciba la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios al Miembro cuando pueda e infórmenoslo.

Normas de los proveedores para la programación de citas con el PCP y el especialista

Tipo de cita con el PCP	Acceso estándar
Atención urgente	En 48 horas para los servicios que no requieren autorización previa y en 96 horas para los que sí la requieren
Examen regular y de rutina	En un plazo de 30 días
Atención fuera de horario	Los proveedores de atención primaria deben tener un servicio de recepción de llamadas que comunique a los miembros con un proveedor. La mayoría de los proveedores de atención primaria también ofrece disponibilidad de citas fuera de horario para los miembros de Medicaid

Tipo de cita con el especialista	Acceso estándar
Cita con el nuevo paciente	En un plazo de 60 días a partir de la solicitud con la remisión adecuada
Exámenes prenatales de rutina	En un plazo de cuatro semanas hasta la semana 32, cada dos semanas hasta la semana 36 y cada semana a partir de entonces hasta el parto
Oncología: cita con el nuevo paciente	Dentro de los 30 días siguientes a la solicitud
Seguimiento después del ingreso en salud física	Dentro de los siete días siguientes al alta del hospital

Tipo de cita de salud mental	Acceso estándar
Emergencia que no pone en peligro la vida	En seis horas
Acceso urgente	En 48 horas
Visita inicial para atención rutinaria	En 10 días laborables
Seguimiento de la atención rutinaria	En 30 días calendario
Seguimiento después de un ingreso hospitalario de salud mental	En un plazo de siete días calendario
Fuera de horario	Su proveedor de salud mental debe tener un servicio de recepción de llamadas que sea atendido por una persona en directo.

Relleno de prescripciones

Cubrimos una gama completa de medicamentos prescritos. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se llama nuestra **Lista de Medicamentos Preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestra página web SunshineHealth.com/pharmacy o llamando a Servicios al Miembro.

Cubrimos medicamentos de **marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca, pero suelen ser más económicos; funcionan igual. A veces, es posible que tengamos que aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que rellene su prescripción.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede rellenar su prescripción en cualquier farmacia de nuestra red de proveedores. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar de vez en cuando, pero le informaremos si hay algún cambio.

Información sobre farmacias especializadas

Algunos medicamentos no están disponibles en una farmacia local. Estos medicamentos son suministrados por un proveedor de farmacia especializada. Es posible que estos medicamentos necesiten una aprobación previa antes de poder rellenar su prescripción. La farmacia le informará a su médico si una farmacia especializada tiene que suministrar los medicamentos y si usted necesita una aprobación previa.

Sunshine Health se asocia con AcariaHealth para proporcionar medicamentos especializados. Estos son medicamentos que tratan condiciones complejas. Requieren apoyo adicional para asegurarse de que se usen correctamente. Se le ofrecerá la opción de seleccionar una farmacia de especialidad diferente por correo, después de que rellene su medicamento de especialidad inicial. Si desea una farmacia de especialidades diferente, rellene el formulario de solicitud de cambio de farmacia de especialidades que se le proporciona, a fin de que lo revisemos y comuniquemos si lo aprobamos.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios de farmacia o necesita ayuda con este formulario, llame a Servicios al Miembro al 1-866-796-0530.

Servicios de salud mental

Hay momentos en los que puede necesitar hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si tiene alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre está triste
- No quiere hacer las cosas que solía disfrutar
- Se siente inútil
- Tiene problemas para dormir
- No tiene ganas de comer
- Abusa del alcohol o las drogas
- Tiene problemas en su matrimonio
- Se preocupa por la crianza de los hijos

Cubrimos muchos tipos diferentes de servicios de salud conductual que pueden ayudar con los problemas que pueda estar enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud mental para pedir una cita. Puede obtener ayuda para encontrar un proveedor de salud mental:

- Llamando al 1-866-796-0530
- Buscando en nuestro directorio de proveedores
- Visitando nuestro sitio web SunshineHealth.com y haciendo clic en “Encontrar un proveedor”

Alguien está ahí para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana.

No necesita una remisión de su PCP para recibir servicios de salud mental.

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame al 911. También puede acudir a la sala de emergencias o al centro de estabilización de crisis más cercano, aunque esté fuera de nuestra área de servicio. Si puede, llame a su PCP una vez que esté en un lugar seguro. Haga un seguimiento con su proveedor en un plazo de 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para trasladarlo a un hospital o proveedor que esté en la red de nuestro plan una vez que esté estable.

Programas de recompensas para miembros

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

Programas de asesoría de salud

Área de enfoque	Actividad	Cantidad y frecuencia de las recompensas
Cesación tabáquica	Mayores de 10 años. Deben dar su consentimiento para participar y comprometerse a dejar el tabaco. Completar cuatro sesiones telefónicas con un asesor de salud en un plazo de seis meses.	Hasta \$20 por año calendario, \$5 después de cada sesión.
Gestión del peso	Mayores de 10 años. Deben dar su consentimiento para participar y comprometerse a perder peso en 30 días. Completar seis sesiones telefónicas con un asesor de salud en un plazo de seis meses.	\$20, una recompensa por año calendario.
Uso de sustancias	Mayores de 12 años. Es necesario inscribirse en el programa de administración de cuidados. Debe dar su consentimiento para participar. Completar tres sesiones con un administrador de cuidados en un plazo de tres meses.	\$10, una recompensa por año calendario.

¿En qué consiste una sesión de asesoría de salud?

Las sesiones se realizan por teléfono para adaptarse a su horario. Durante estas sesiones, nuestros asesores de salud pueden ayudarle a resolver sus dudas sobre cómo mejorar su salud. También pueden proporcionar capacitación y apoyo para ayudar a nuestros miembros a establecer objetivos y tomar mejores decisiones de estilo de vida.

¿Cómo se puede programar una sesión de asesoría de salud?

Para comunicarse con un asesor de salud, llame a los Servicios al Miembro al [1-866-796-0530](tel:1-866-796-0530) (teléfono de texto: [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Programas de atención preventiva

Área de enfoque	Actividad	Cantidad y frecuencia de las recompensas
Visita anual del niño sano	Para niños y adolescentes de 0 a 21 años. Completar una visita de bienestar por año calendario con un proveedor de atención primaria.	\$30, una recompensa por año calendario.
Estado de vacunación infantil (Combo 3)	Los niños deben completarla antes de cumplir 2 años. Completar la serie de vacunas: <ul style="list-style-type: none">• 4 dosis de difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)• 3 dosis de poliovirus inactivado (IPV)	\$30, una recompensa por vida.

	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dosis de sarampión, paperas y rubéola (SPR) • 3 dosis de haemophilus influenza tipo B (HiB) • 3 dosis de hepatitis B • 1 dosis de virus varicela-zóster (varicela o VVZ) • 4 dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV) 	
Vacunas para adolescentes (Combo 2)	<p>Para adolescentes de 10 a 13 años, que deben completar antes de cumplir los 13 años. Serie completa de vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 dosis de vacuna meningocócica • 1 dosis de tétanos, difteria, tos ferina (Tdap) • 2-3 dosis contra el virus del papiloma humano (VPH) 	\$20, una recompensa por vida.
Serie de vacunas contra el VPH	<p>Para niños y adultos jóvenes, de 13 a 26 años. Vacuna completa 2-3 dosis contra el virus del papiloma humano (VPH).</p>	\$20, una recompensa por vida.
Detección de plomo en niños	<p>Los niños deben completarla antes de cumplir 2 años. Completar un análisis de sangre anual para la detección de intoxicación por plomo.</p>	\$20, una recompensa por año calendario, hasta los 2 años de edad.
Mamografías	<p>Mujeres de 50 a 74 años. Realización de una mamografía.</p>	\$20, una recompensa por año calendario.
Cáncer colorrectal	<p>Mayores de 45 años. Completar un cribado de cáncer colorrectal.</p>	\$20, una recompensa por año calendario.
Cribado de osteoporosis	<p>Mujeres de 65 a 75 años. Realizar una densitometría ósea.</p>	\$10, una recompensa por año calendario.
HRA para nuevos miembros	<p>Para los nuevos miembros en los 60 días siguientes a su afiliación. Completar una evaluación de riesgos para la salud (HRA).</p>	\$20, una recompensa por vida.

Programas de embarazo

Área de enfoque	Actividad	Cantidad y frecuencia de las recompensas
Notificación de embarazo (1° trimestre)	<p>Rellene y firme un formulario de Notificación de Embarazo (NOP). Preséntelo al plan de salud dentro del primer trimestre.</p>	\$20, una recompensa por año calendario.
Notificación de embarazo (2° trimestre)	<p>Si no se cumplimentó durante el primer trimestre, rellene y firme un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) y envíelo al plan de salud dentro del segundo trimestre.</p>	\$10, una recompensa por año calendario.

Visita prenatal	Completar tres visitas prenatales durante el embarazo.	\$50, una recompensa por año calendario.
Visita posparto	Realizar una visita de seguimiento posparto entre 7 y 84 días después del parto.	\$40, una recompensa por año calendario.
TDAP para embarazadas	Una dosis de vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) durante el embarazo.	\$20, una recompensa por año calendario.
Tratamiento del consumo de sustancias para embarazadas	Completar cinco visitas de tratamiento asistido con medicamentos antes del parto.	\$50, una recompensa por año calendario.

Enfermedades crónicas y programas de salud mental

Área de enfoque	Actividad	Cantidad y frecuencia de las recompensas
Examen de los ojos con dilatación de las pupilas	Diagnóstico de diabetes. Completar un examen de la vista con dilatación de las pupilas una vez al año.	\$10, una recompensa por año calendario.
Prueba de HbA1c	Diagnóstico de diabetes, de 18 a 75 años. Realización de una prueba de HbA1c una vez al año.	\$20, una recompensa por año calendario.
Visitas al hematólogo	Diagnóstico de anemia falciforme. Completar dos visitas al hematólogo por año calendario.	\$20, una recompensa por año calendario.
Seguimiento después de ingreso hospitalario por enfermedad mental	Mayores de 6 años. Completar una cita de seguimiento ambulatorio con un proveedor de salud conductual en los 7 días siguientes al alta de un centro de hospitalización.	\$20, dos recompensas por año calendario.
Seguimiento después de una visita al servicio de urgencias por enfermedad mental	A partir de 6 años. Completar una cita de seguimiento ambulatorio con un proveedor en los 7 días siguientes a una visita a urgencias.	\$20, dos recompensas por año calendario.

Ganar premios es fácil. Cuando tome determinadas decisiones saludables, los dólares de la recompensa se cargarán automáticamente en su tarjeta de recompensas. Si es su primera recompensa, se le enviará una tarjeta por correo. Recibirá recompensas por cualquier artículo relacionado con reclamos una vez que Sunshine Health haya pagado el reclamo del proveedor.

Recuerde que las recompensas no pueden transferirse. Si abandona nuestro Plan durante más de 180 días es posible que no reciba su recompensa. Si tiene alguna pregunta o desea inscribirse en alguno de estos programas, llámenos al 1-866-796-0530.

Programas de control de enfermedades crónicas

Disponemos de programas especiales que lo ayudarán si padece alguna de estas enfermedades.

Cáncer y prevención del cáncer: nuestro programa se centrará en su atención individualizada y plan de tratamiento, proporcionando recursos, herramientas, revisión de los beneficios, así como la evaluación de otras necesidades para ayudar en su viaje. También le informaremos sobre las medidas para reducir el riesgo de cáncer y las pruebas de detección recomendadas.

Diabetes y prevención de la diabetes: nuestro Programa de Gestión de la Diabetes Crónica se centrará en la educación, al proporcionar recursos y herramientas, medidas para prevenir las complicaciones de la diabetes y mejorar los resultados de salud. Proporcionaremos educación sobre medidas para reducir el riesgo de diabetes o complicaciones. También ofrecemos un programa de telemonitoreo de la diabetes para los miembros que cumplan con los criterios para ayudar a controlar la enfermedad.

Depresión y prevención de la depresión (incluida la prevención del suicidio): nuestro programa se centrará en la gestión de la depresión y en actividades para reducir el empeoramiento de los síntomas. A través de nuestro equipo de gestión de la atención, proporcionaremos educación y herramientas en actividades de autogestión, revisaremos los beneficios y proporcionaremos recursos sobre programas comunitarios. Nuestro programa también se centrará en la educación para la prevención del suicidio, incluida la evaluación, las opciones de tratamiento y las derivaciones.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y prevención del VIH: nuestro programa se centrará en apoyar a nuestros miembros en la reducción de la carga viral, incluida la adherencia a los medicamentos y las terapias PrEP, la educación sobre un estilo de vida saludable y la gestión del VIH, el acceso a las pruebas y los recursos comunitarios. Nuestro programa también se centrará en actividades de prevención y concienciación sobre el VIH.

Demencia: nuestro programa de demencia se centrará en la educación sobre el proceso y la progresión de la enfermedad, incluido el apoyo a los cuidadores. Nuestro programa también proporcionará recursos y herramientas para ayudarlo a usted o a su cuidador para permanecer en un ambiente seguro en el hogar. Revisaremos los beneficios y programas de la comunidad para ayudar a apoyar sus necesidades incluyendo referencias.

Le ayudaremos a conseguir lo que necesite. Le proporcionaremos herramientas para ayudarlo a aprender y tomar el control de su enfermedad. Si desea más información, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-796-0530 y pida hablar con un administrador de casos. Trabajaremos con usted para crear un plan de cuidados centrado en la persona que incluya objetivos e intervenciones para atender sus necesidades. Este programa se basa en la planificación de los cuidados personales y en un enfoque de equipo cohesionado. Proporciona educación y recursos para promover la elección del miembro y mejorar su comprensión de los servicios y ayudas que tiene a su disposición.

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

El programa de Alzheimer y Demencia de Sunshine Health se centra en los miembros de LTC diagnosticados con estas enfermedades. Trabajaremos con usted para crear un plan de atención centrado en la persona que incluya objetivos e intervenciones para abordar sus necesidades.

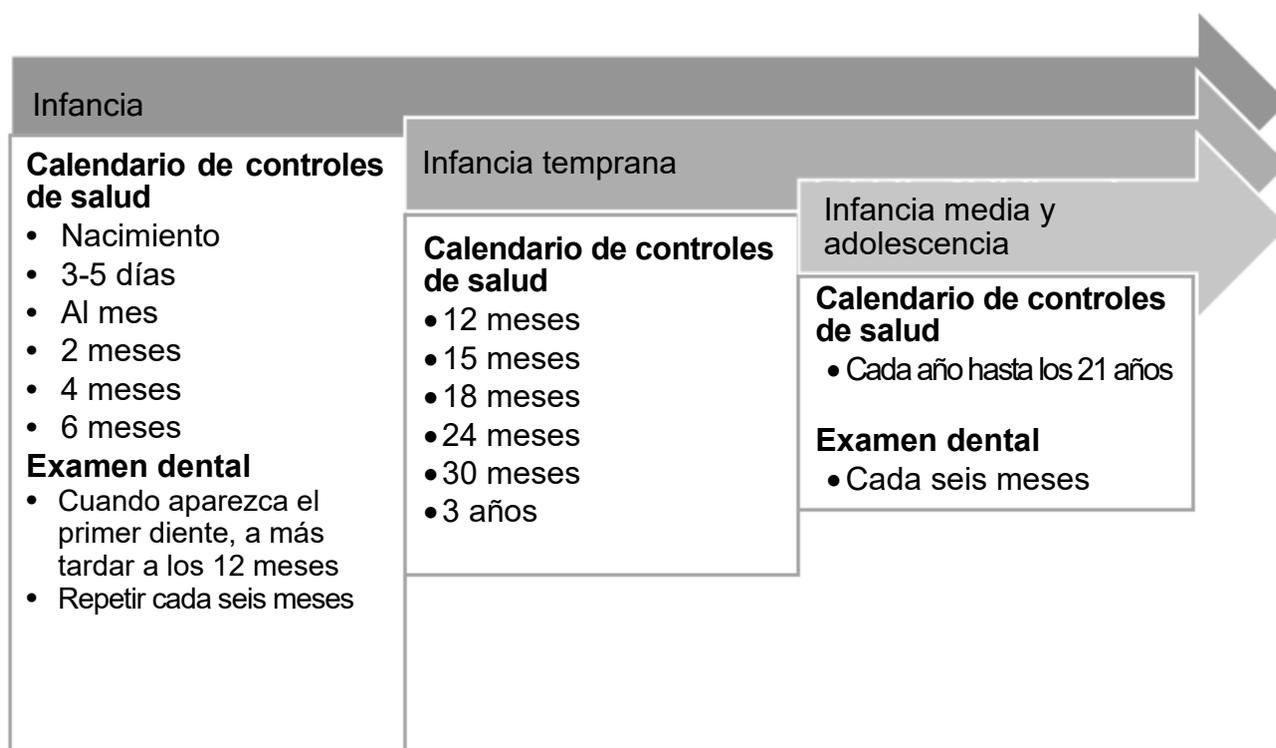
Este programa se basa en la planificación de los cuidados personales y en un enfoque de equipo cohesionado. Proporciona educación y recursos para promover la elección del miembro y mejorar su comprensión de los servicios y ayudas que tiene a su disposición.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que reciba una asistencia médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Estos programas son:

Visitas del niño sano

Los niños y jóvenes necesitan ver al médico con regularidad aunque no estén enfermos. Este cuadro muestra cuándo los bebés, los niños y los adultos jóvenes necesitan ver a su médico para un chequeo médico preventivo. No queremos que su hijo(a) se pierda ningún paso clave hacia una buena salud a medida que crece.



Los médicos y enfermeras examinarán a su hijo(a) o adolescente. Le pondrán vacunas contra enfermedades cuando sea necesario. Las vacunas son importantes para mantener sano a su hijo(a). También le harán preguntas sobre problemas de salud y le dirán qué hacer para mantenerse sano. Para agendar una visita de niño sano, llame a su médico. Si tiene problemas para concertar una visita, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-796-0530.

Violencia doméstica

Si está sufriendo abusos o los ha sufrido en el pasado, hable con su médico o con su administrador de cuidados para encontrar un programa local en su comunidad para obtener ayuda en un entorno seguro y privado.

Prevención del embarazo

El programa de prevención del embarazo de Sunshine Health reúne a los programas comunitarios existentes para hablar con sus miembros. Los médicos se unen a estos programas para dar más información sobre el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. Algunas de las organizaciones con las que Sunshine Health se asocia son el Departamento de Salud del condado de Duval, Caridades Católicas, Paternidad Planificada, Inicio Saludable, Centro del Embarazo Oasis, Esperanzada para Miami, Proyecto U-Turn y Plan Be Trinity Church Programa de prevención de embarazos en adolescentes. Si desea ayuda con la prevención del embarazo, su médico o su administrador de cuidados pueden ayudarle a encontrar un programa local en su comunidad.

Programas relacionados con el embarazo

Start Smart for Your Baby (Start Smart) es nuestro programa especial para mujeres embarazadas. Sunshine Health quiere ayudarla a cuidarse a sí misma y a su bebé durante todo el embarazo. Se le puede proporcionar información por correo, teléfono y en SunshineHealth.com/pregnancy. Nuestro personal de Start Smart puede responder preguntas y darle apoyo si tiene algún problema. Incluso podemos organizar una visita a domicilio si es necesario.

Si está embarazada y fuma cigarrillos, Sunshine Health puede ayudarla a dejar de fumar. Tenemos un programa especial de cesación tabáquica para mujeres embarazadas y es totalmente gratis. El programa cuenta con personal capacitado que está dispuesto a trabajar con usted. Le proporcionarán educación, asesoría y el apoyo que necesita para ayudarla a dejar de fumar. Trabajando en equipo por teléfono, usted y su asesor de salud pueden elaborar un plan para realizar cambios en su comportamiento y estilo de vida. Estos asesores la animarán y ayudarán a dejar de fumar.

Tenemos muchas maneras de ayudarla a tener un embarazo saludable. Antes de poder ayudarla, necesitamos saber que está embarazada. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-796-0530 en cuanto sepa que está embarazada. La ayudaremos a establecer la atención especial que usted y su bebé necesitan. Sunshine Health no restringe los servicios, incluida la asesoría o las remisiones, por objeciones morales o religiosas.

Asociaciones Healthy Start

Sunshine Health se ha asociado con Healthy Start Coalitions para ayudar a las miembros embarazadas a establecer servicios. Nuestros socios de Healthy Start pueden hablar con usted en su comunidad y ayudarla con la atención prenatal. Este programa educa y apoya a las miembros embarazadas que están en riesgo de tener partos difíciles. Le explicaremos el papel de las visitas prenatales para la salud de su bebé, la ayudaremos a agendar sus citas y le comunicaremos con agencias, como Healthy Start y Mujeres, Bebés y Niños (WIC), al tiempo que le haremos más remisiones comunitarias. Nuestros administradores de casos de maternidad trabajarán con usted desde el principio del embarazo hasta después del parto. Si necesita ayuda con su embarazo, infórmele a su médico o al administrador de cuidados para iniciar este programa.

Evaluación y asesoría nutricional

Sunshine Health quiere ayudarle a usted y a su familia a comer sano. Podemos ayudar a encontrar despensas de alimentos locales, mercados y programas de alimentos cerca de usted. Si necesita ayuda con los alimentos, dígaselo a su médico. Con su médico, usted podrá hacer un plan para una mejor dieta y obtener ayuda con remisiones a las oficinas locales de WIC, si es necesario. Recibirá una copia de las remisiones y de los planes de dieta y nutrición que haga con el nutricionista de Healthy Start. A continuación, un administrador de cuidados se comunicará con usted para ayudarle con cualquier problema que tenga y para asistirle en la búsqueda de más recursos locales que le ayuden a obtener los servicios necesarios para seguir su plan, incluso si los servicios están fuera de lo que cubre Medicaid.

Salud mental

Los administradores de casos de Sunshine Health pueden ayudar a encontrar servicios locales de salud mental y recursos comunitarios para reducir el riesgo de que vaya al hospital o se involucre con el sistema judicial debido a su salud mental. Al comunicarle a su administrador de cuidados su necesidad de esta ayuda, éste puede explicarle el riesgo futuro de que usted o su hijo se vean envueltos en el sistema judicial, haciéndole preguntas sobre comportamientos de riesgo. Su administrador de cuidados también le ayudará a encontrar refugios, alimentos y otras necesidades que puedan estar repercutiendo en sus comportamientos de riesgo. Si es necesario, el administrador de cuidados hará remisiones y ayudará a programar citas con proveedores locales para ayudar a disminuir los comportamientos de riesgo y obtener la ayuda necesaria.

También tiene derecho a comunicarnos los cambios que considere que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios al Miembro al 1-866-796-0530.

Sección 13: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada

En el cuadro siguiente aparecen los servicios médicos cubiertos por nuestro Plan. Recuerde que puede necesitar una derivación de su PCP o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o utilizar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos⁶.

Puede que haya algunos servicios que no cubramos, pero que Medicaid podría cubrir. Hay algunos servicios que su estado ha determinado que son médicamente adecuados y que pueden prestarse en lugar de un servicio o entorno cubierto por el plan estatal. Se denominan “servicios en sustitución” (ILOS, por sus siglas en inglés). Para informarse sobre estos beneficios llame a la línea de ayuda de la Agencia Medicaid al 1-877-254-1055. Si necesita que lo lleven a cualquiera de estos servicios podemos ayudarlo. Puede llamar a los números que aparecen al principio de este manual para que lo lleven.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que lo afecten se lo notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que se produzca el cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios médicos cubiertos llame a los Servicios al Miembro.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios del centro receptor de adicciones	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la adicción a las drogas o al alcohol	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No se requiere autorización previa para los tres primeros días de ingreso involuntario en un centro de salud mental. Después de los tres primeros días se requiere autorización previa. Se requiere autorización previa para los ingresos voluntarios.

⁶ 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
Servicio de alergias	Servicios para tratar afecciones como estornudos o erupciones cutáneas que no estén causadas por una enfermedad.	Cubrimos las pruebas de alergia cutáneas o sanguíneas médicamente necesarias y hasta 156 dosis anuales de vacunas antialérgicas.	No
Servicios de transporte de ambulancia	Los servicios de ambulancia son para cuando se necesita atención de urgencia mientras se le traslada al hospital o apoyo especial cuando se le transporta de un centro a otro.	Cubierto como medicamento necesario.	No
Servicios ambulatorios de desintoxicación	Servicios prestados a personas que están dejando las drogas o el alcohol.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos que se realizan en un centro que no es el hospital (ambulatorio).	Cubierto como medicamento necesario.	Si
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante una intervención quirúrgica u otros procedimientos médicos.	Cubierto como medicamento necesario.	Si, para procesos dentales no realizados en un consultorio
Servicios de asistencia médica	Servicios prestados a adultos (a partir de 18 años) para ayudarlos con las actividades cotidianas y a tomar la medicamentos.	Cubrimos 365/366 días de servicios al año, según sea médicamente necesario.	Si
Análisis de Conducta (BA, por sus siglas en inglés)	Intervenciones, estrategias y enfoques estructurados proporcionados para disminuir los comportamientos inadaptados y aumentar o reforzar los comportamientos adecuados.	Cubrimos a los beneficiarios menores de 21 años que requieran servicios médicamente necesarios.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de evaluación de la salud conductual	Servicios utilizados para detectar o diagnosticar enfermedades mentales y trastornos de salud conductual.	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial al año - Una reevaluación al año - Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud conductual (no más de 30 minutos en un solo día) 	No
Servicios superpuestos de salud conductual	Servicios de salud conductual prestados a niños (de 0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF.	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios al año, incluida la terapia, los servicios de apoyo y la planificación de la atención posterior.	Si
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	Cubrimos los siguientes servicios prescritos por su médico, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas cardíacas - Procedimientos quirúrgicos cardíacos - Dispositivos cardíacos 	Si, para algunas servicios
Servicios de salud infantil Gestión de casos específicos	Servicios prestados a niños (de 0 a 3 años) para ayudarles a obtener atención sanitaria y otros servicios O Servicios prestados a niños (de 0 a 20 años) que utilizan servicios médicos de acogida	Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps del DOH O Su hijo debe estar recibiendo servicios médicos de acogida	No
Servicios quiroprácticos	Diagnóstico y tratamiento manipulativo de desalineaciones de las articulaciones, especialmente de la columna vertebral, que pueden causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos.	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - 24 visitas de pacientes al año, por afiliado - Radiografías 	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios clínicos	Servicios de atención médica prestados en un departamento de salud del condado, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural	Cubierto como medicamento necesario.	No
Servicios integrales comunitarios	Servicios prestados por un equipo de salud mental a niños que corren el riesgo de ingresar en un centro de tratamiento de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si
Servicios de la Unidad de Estabilización de Crisis	Servicios de salud mental de urgencia prestados en un centro que no sea un hospital ordinario	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye los suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según prescripción del médico que le trata, cuando sea médicamente necesario: - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal	No
Servicios en centros de acogida	Servicios prestados en un centro que ayuda a las personas sin hogar a obtener tratamiento o vivienda	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de equipos médicos duraderos y suministros médicos	Los equipos médicos se utilizan para controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. El equipo médico duradero se utiliza una y otra vez, e incluye cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, muletas y otros artículos. Los suministros médicos son artículos que se utilizan una sola vez y luego se tiran.	Según sea médicamente necesario, se aplican algunos límites de servicio y edad. Llame al 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770) para más información.	Puede que se requiera autorización previa para algunos equipos o servicios.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de intervención	Servicios para niños de 0 a 3 años con retrasos en el desarrollo y otras afecciones	Cubrimos los servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial de por vida, realizada por un equipo - Hasta 3 revisiones al año - Hasta 3 evaluaciones de seguimiento al año - Hasta 2 sesiones de formación o apoyo por semana 	No
Servicios de transporte de urgencia	Transporte proporcionado por ambulancias o ambulancias aéreas (helicóptero o avión) para trasladarle a un hospital debido a una emergencia.	Cubierto como medicamento necesario.	No
Servicios de evaluación y gestión	Servicios de visitas al médico para mantenerse sano y prevenir o tratar enfermedades.	Cubrimos lo médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Un examen de salud para adultos (chequeo) al año - Las visitas de niños sanos se proporcionan en función de la edad y las necesidades de desarrollo - Una visita al mes para las personas que viven en residencias de adultos mayores . - Hasta dos visitas al consultorio al mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones. 	No
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos los servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 26 horas al año 	No
Capacitación y asesoría familiar para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de salud mental de su hijo(a)	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias del estómago o del sistema digestivo.	Cubrimos: - Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los genitales o del aparato urinario.	Cubrimos: - Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios de terapia colectiva	Servicios para que un grupo de personas tenga sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubiertos como médicamente necesarios: - Hasta 39 horas al año	No
Servicios de audición	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas de audición. Esto incluye audífonos y reparaciones	Cubrimos las pruebas de audición y lo siguiente según lo prescrito por su médico, cuando sea médicamente necesario: - Implantes cocleares - Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años - Reparaciones	Si, para algunos servicios
Servicios de salud a domicilio	Servicios de enfermería y asistencia médica prestados en su domicilio para ayudarlo a controlar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	Cubrimos, cuando sea médicamente necesario - Hasta 4 visitas al día para embarazadas y beneficiarios de 0 a 20 años. - Hasta 3 visitas al día para el resto de los beneficiarios	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de cuidados paliativos	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas, para ayudarlos a mantenerse cómodos y sin dolor. También se ofrecen servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	Cubiertos como médicamente necesarios	Si
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia individual con un profesional de salud mental	Cubiertos como médicamente necesarios: - Hasta 26 horas al año	No
Servicios de pruebas previas y posteriores de salud mental infantil	Servicios de pruebas realizadas por un profesional de salud mental con formación especial en lactantes y niños pequeños	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de hospitalización	Atención médica que recibe mientras está hospitalizado. Puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas de médicos y equipos utilizados para el tratamiento.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios 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 el resto de los beneficiarios (se cubren días adicionales en caso de urgencia).	Si
Servicios tegumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de la piel	Cubiertos si son médicamente necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan sangre, orina, saliva u otros elementos del cuerpo para detectar afecciones, enfermedades o dolencias.	Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios médicos de acogida	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven en hogares de acogida	Deben estar bajo la custodia del Departamento de Infancia y Familias	No
Servicios de tratamiento asistido con medicamentos	Servicios utilizados para ayudar a las personas que luchan contra la drogadicción	- Cubiertos como médicamente necesarios	No
Servicios de gestión de los medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a entender y tomar las mejores decisiones para tomar los medicamentos	- Cubiertos como médicamente necesarios	No
Servicios del Programa de Hospitalización Parcial de Salud Mental	Tratamiento de más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de una enfermedad mental.	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si
Gestión de casos específicos de salud mental	Servicios para ayudar a obtener atención médica y de salud conductual para personas con enfermedades mentales	Cubiertos como médicamente necesarios	No
Servicios móviles de evaluación e intervención en caso de crisis	Un equipo de profesionales médicos que prestan servicios de salud mental de urgencia, normalmente en los domicilios de las personas	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de terapia multisistémica	Un servicio intensivo centrado en la familia para niños en riesgo de tratamiento residencial de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias del cerebro, la médula espinal o el sistema nervioso.	- Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de transporte no urgente	Transporte de ida y vuelta a todas sus citas médicas. Puede ser en autobús, en una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, en taxi o en otro tipo de vehículos.	Cubrimos los siguientes servicios para beneficiarios que no dispongan de transporte: <ul style="list-style-type: none"> - Viajes fuera del estado - Traslados entre hospitales o centros - Acompañantes cuando sea médicamente necesario 	Sí, para cualquier viaje de más de 160 km.
Servicios de enfermería	Cuidados médicos o de enfermería que recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Puede tratarse de una estancia de rehabilitación de corta duración o de larga duración.	- Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería como médicamente necesarios	Si
Servicios de terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas de la vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar objetos de la casa.	Cubrimos los servicios para niños de 0 a 20 años y para adultos por debajo del límite de \$1.500 para servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial al año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de la silla de ruedas cada 5 años Cubrimos a personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una en el momento del parto y otra 6 meses después 	Si, para algunos servicios
Servicios de cirugía oral	Servicios que proporcionan extracciones dentales y para tratar otras afecciones, enfermedades o dolencias de la boca y la cavidad oral	- Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, enfermedades o dolencias de los huesos o las articulaciones.	- Cubiertos como medicamento necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios	Atención médica que recibe mientras está en el hospital, pero no pasa la noche ingresado. Puede incluir pruebas, medicamentos, terapias y tratamientos, visitas médicas y equipos utilizados para el tratamiento.	- Los servicios de urgencia están cubiertos si son médicamente necesarios - Los servicios que no sean de urgencia no pueden costar más de \$1.500 al año para los beneficiarios mayores de 21 años.	Si, para algunos servicios
Servicios de tratamiento del dolor	Tratamientos para el dolor de larga duración que no mejora después de haber recibido otros servicios	- Cubiertos si son médicamente necesarios. Pueden aplicarse algunos límites de servicio	Si
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan un hospital para recibir tratamiento de salud mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si
Servicios de fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o afección médica.	Cubrimos los servicios para niños de 0 a 20 años y para adultos por debajo del límite de \$1.500 para servicios ambulatorios, siempre que sean médicamente necesarios: - Una evaluación inicial al año - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial de la silla de ruedas cada 5 años Cubrimos a personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: - Evaluaciones de seguimiento de la silla de ruedas, una en el momento del parto y otra 6 meses después.	Si, para algunos servicios

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 visitas al consultorio por año - Cuidado de pies y uñas - Radiografías y otras pruebas de imagen del pie, tobillo y pantorrilla - Cirugía del pie, tobillo o pantorrilla 	Si, para algunos servicios
Servicios de medicamentos prescritos	Este servicio se refiere a los medicamentos prescritos por un médico u otro profesional médico.	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - Suministro de medicamentos para 34 días, por prescripción. - Reposiciones, según prescripción 	Si, para algunos servicios
Servicios privados de enfermería	Servicios de enfermería prestados en el domicilio a personas de 0 a 20 años que necesiten cuidados constantes.	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 24 horas al día 	Si
Servicios hospitalarios psiquiátricos especializados	Servicios de salud mental de urgencia prestados en un centro que no sea un hospital ordinario	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	No
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas utilizadas para detectar o diagnosticar problemas de memoria, coeficiente intelectual u otras áreas	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - 10 horas de pruebas psicológicas al año 	No
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a las personas a reincorporarse a la vida diaria. Incluyen ayuda con actividades básicas como cocinar, administrar el dinero y realizar las tareas domésticas	Cubrimos, según sea médicamente necesario <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 480 horas al año 	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen la obtención de imágenes como radiografías, resonancias magnéticas o TAC. También incluyen radiografías portátiles	Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios del Centro Regional de Cuidados Intensivos Perinatales	Servicios prestados a mujeres embarazadas y recién nacidos en hospitales que disponen de centros de cuidados especiales para tratar enfermedades graves	Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres embarazadas o que desean quedar embarazadas. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos anticonceptivos y suministros para ayudarla a planificar el tamaño de su familia	Cubrimos los servicios de planificación familiar médicamente necesarios. Puede obtener estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; no tienen que formar parte de nuestro Plan. No necesita autorización previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos, voluntarios y confidenciales, incluso si es menor de 18 años.	No
Servicios respiratorios	Servicios que tratan afecciones, enfermedades o dolencias de los pulmones o del aparato respiratorio.	Cubrimos los servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas respiratorias - Procedimientos quirúrgicos respiratorios - Gestión de dispositivos respiratorios 	Si, para algunos servicios
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para beneficiarios de 0 a 20 años para ayudarlo a respirar mejor mientras recibe tratamiento para una afección, enfermedad o dolencia respiratoria.	Cubrimos los servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación inicial al año - Una reevaluación terapéutica cada 6 meses - Hasta 210 minutos de tratamientos terapéuticos a la semana (máximo de 60 minutos al día) 	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios de autoayuda/pares	Servicios para ayudar a las personas que se están recuperando de una adicción o enfermedad mental	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros.	No
Servicios terapéuticos especializados	Servicios prestados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por consumo de sustancias	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones - Servicios de acogida - Grupo de servicios a domicilio 	Si
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 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos y servicios de comunicación - Hasta 210 minutos de tratamiento por semana - Una evaluación inicial al año Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos: <ul style="list-style-type: none"> - Una evaluación de la comunicación cada 5 años 	Si
Servicios del Programa Estatal de Hospitalización Psiquiátrica	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	Cubierto como médicamente necesario para niños de 0 a 20 años	Si
Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Tratamiento proporcionado durante más de 3 horas al día, varios días a la semana, para personas que se están recuperando de trastornos por consumo de sustancias	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si
Abuso de sustancias Tratamiento residencial a corto plazo	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por consumo de sustancias	Según sea médicamente necesario y recomendado por nosotros	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Servicios terapéuticos conductuales in situ	Servicios prestados por un equipo para evitar que los niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud conductual sean ingresados en un hospital u otro centro.	Cubrimos los servicios médicamente necesarios: - Hasta 9 horas al mes	No
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la cirugía y la atención pre y posquirúrgica	Cubiertos como médicamente necesarios	Si
Servicios de ayuda visual	Las ayudas visuales son artículos como lentes, lentes de contacto y prótesis oculares (falsas)	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios cuando los prescriba su médico: - Dos pares de lentes para niños de 0 a 20 años - Una montura cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos mayores de 21 años - Lentes de contacto - Prótesis oculares	Si, para algunos servicios
Servicios de atención visual	Servicios que examinan y tratan afecciones, enfermedades y dolencias de los ojos	- Cubiertos como médicamente necesarios	Si, para algunos servicios

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos de forma gratuita. Llame a Servicios al Miembro para informarse sobre los beneficios ampliados.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Acupuntura	Inserción de finas agujas a través de la piel para tratar el dolor, el estrés y otras afecciones físicas y salud mental.	Mayores de 21 años. Ilimitado según sea médicamente necesario.	Si
Arteterapia	Terapia para tratamientos de salud conductual proporcionada por un clínico certificado.	Mayores de 21 años. Ilimitado según sea médicamente necesario.	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Integración de la salud mental/ atención colaborativa	Visitas ilimitadas con proveedores que gestionan tanto las necesidades de salud física como las de salud mental.	Debe tener un problema de salud mental.	No
Equipo biométrico	Tensiómetro digital y báscula de peso	Mayores de 13 años. Un (1) tensiómetro digital cada tres (3) años; una (1) báscula cada tres (3) años.	No
Beca de campamento	Beca de \$150 para asistir a un campamento infantil. Debe estar inscrito en Administración de Cuidados y haber completado el examen anual de bienestar.	Edades 4-18.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Beca de atención	Hasta \$150 por año para clases particulares, membresías en gimnasios, clases de natación, equipos/ suministros deportivos o suministros/ libros de trabajo de arte.	Edades hasta 18 años	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Clases de natación para cuidadores	Cupón o reembolso para que los cuidadores puedan asistir a clases de natación en grupo. Incluye hasta 8 clases en una YMCA local, si está disponible.	A partir de 18 años. En las zonas donde no existe YMCA, los miembros pueden utilizar un proveedor de natación local.	No
Servicios de telefonía móvil	Los miembros pueden recibir un teléfono inteligente gratuito. El teléfono incluye minutos, datos y mensajes de texto.	Mayores de 18 años.	No
Cuidado de niños Límite de 150 \$. Debe tener 16 años o más.	Cupón para el cuidado de niños para ayudar a los padres identificados con necesidades de cuidado de niños en la evaluación de Pathways to Prosperity.	Límite de \$150. Debe tener 16 años o más.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Servicios quiroprácticos	Servicios proporcionados por quiroprácticos.	A partir de 21 años.	Si
Circuncisión (solo recién nacidos)	La circuncisión masculina es un procedimiento común que suele realizarse en el primer mes después del nacimiento. Puede realizarse en un hospital, en un consultorio o en régimen ambulatorio.	Desde el nacimiento hasta los 28 días. Una por vida si es médicamente necesaria.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Terapia cognitivo-conductual informatizada	Incluye entrevista clínica centrada en la salud, observaciones y entrevistas conductuales y de salud individuales, grupales y familiares (con o sin el paciente).	A partir de 21 años. Ilimitada.	Si
Kit de confort para personas que viven con el VIH	Los miembros que viven con el VIH pueden obtener un kit de comodidad que puede incluir artículos como un estimulador TENS, un paquete de terapia de frío y calor, parches o ungüento de lidocaína o una manta de lana.	Debe estar inscrito en el plan especializado en VIH Power to Thrive de Sunshine Health.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Kit dental	Un kit de higiene dental al año para las miembros embarazadas que asistan a un evento patrocinado por Sunshine Health.	Mayores de 13 años	No
Servicios de Doula	Atención y evaluación del embarazo, posparto y recién nacido proporcionada en su domicilio por una doula. Se ha demostrado que el uso de una doula durante el embarazo, el parto y el posparto es una práctica eficaz que puede mejorar la experiencia del parto, reducir las complicaciones y mejorar los resultados para las mujeres y los bebés.	A partir de 13 años. Sin límites.	No
Servicios y suministros de equipos médicos duraderos (EMD)	Cobertura adicional para artículos no cubiertos por los beneficios estándar, como suministros para heridas, cama y colchones de hospital, bomba de insulina y bomba de infusión.	A partir de 10 años.	Sí, para algunos equipos y suministros.
Equipo médico duradero/suministros para el asma	Ropa de cama hipoalérgica ilimitada y una (1) aspiradora con filtro de partículas de aire de alta eficacia (HEPA) para miembros diagnosticados de asma.	Debe tener un diagnóstico de asma o EPOC.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Cupones educativos	Cupón de \$150 después de completar los módulos educativos de Sunshine Health Works Launchpad	Mayores de 16 años	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Equinoterapia	Proporcionada a miembros con problemas de salud conductual e incluye actividades con caballos.	A partir de 21 años. Hasta 10 sesiones al año.	Si
Servicios prenatales ampliados	14 visitas para embarazo de bajo riesgo	A partir de 13 años	No
	18 visitas para embarazo de alto riesgo	Uno por año calendario;	No
	Extractor de leche, Alquiler	A partir de 13 años	Si
	Extractor de leche	Uno cada 2 años calendario; a partir de 13 años	No
Servicios ampliados de atención primaria	Visitas al proveedor de atención primaria. Visitar a un proveedor de atención primaria puede ayudar a mantener la salud diaria.	A partir de 21 años. Sin límite.	No
Kit de prevención de la gripe	1 Kit de prevención de la gripe; mascarillas de 3 capas - 10 piezas; termómetro digital oral; desinfectante de manos.	A partir de 18 años. Elegible para los primeros 1.000 miembros que reciban la vacuna contra la gripe.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Beneficio de comestibles	Tarjeta regalo de \$50 para alimentos por hogar y año para miembros que se identifiquen como personas con inseguridad alimentaria en el examen de Pathways to Prosperity	A partir de 16 años	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficio para una vida sana	Dispositivos de asistencia y ayudas de adaptación para ayudar a los miembros a mantener la independencia en sus hogares. Los miembros pueden seleccionar dos de los siguientes artículos: báscula digital, manguito de presión arterial en el hogar, medidor de flujo máximo, alcanzadores / agarraderas, almohada lumbar, ventilador personal, lámpara con clip, bolsa para andador o un dispositivo de tecnología de asistencia como un dispositivo doméstico inteligente (ej.: Amazon Echo).	Mayores de 21 años	No
Servicios de audición	Los servicios de audición incluyen: valoración, evaluación auditiva, adaptación de audífonos, audífono monoaural en el oído, audífono retroauricular, tarifa de dispensación de audífonos, audífono binaural en el oído, audífono binaural retroauricular, audífono cors retroauricular y audífono bicros retroauricular.	A partir de 21 años. Todos los servicios limitados a uno cada dos años naturales, excepto el audífono monoaural en oído, que es uno por año natural.	No
Asistencia para vivienda	Un máximo de \$250,00 por persona inscrita en la comunidad al año para ayudar con los gastos relacionados con la vivienda (alquiler, servicios públicos, etc.).	Debe tener 16 años o más. Los fondos se pagan directamente a la empresa de servicios públicos o al lugar donde se necesita la ayuda.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Ayuda a domicilio	Los miembros de los planes especializados Sunshine Health Mindful Pathways y Sunshine Health Power to Thrive pueden recibir hasta \$2.500 por miembro de por vida para ayuda para vivienda.	Hasta \$2.500 por miembro de por vida.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Comidas a domicilio - Preparación para catástrofes	Comida sana entregada a domicilio durante una emergencia, como una catástrofe natural.	1 kit de comida de emergencia al año.	Si
Comida a domicilio - General	Comida sana entregada a domicilio como apoyo nutricional.	Hasta 10 comidas por evento.	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Comidas a domicilio - Comidas postransición	Comidas entregadas a domicilio después del alta hospitalaria o de un centro de cuidados.	Sin límite de edad.	Si
Comidas a domicilio para miembros embarazadas	266 comidas a inscritas que estén embarazadas de al menos 20 semanas y padezcan una enfermedad que cumpla con los requisitos.	Hasta cuatro meses después del parto	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Comidas a domicilio para personas con VIH	21 comidas a domicilio adaptadas médicamente para miembros que viven con el VIH.	Debe estar inscrito en el plan Sunshine Health Power to Thrive HIV Specialty y completar la HRA.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Servicios de enfermería/ayuda a domicilio	La atención médica a domicilio proporciona a las personas una mayor independencia para permanecer en sus hogares y ser lo más autosuficientes posible. Servicios de ayuda para la vida diaria	Mayores de 21 años. Sin límite según se considere médicamente necesario.	Si
Visitas a domicilio de un trabajador social	Visitas a domicilio de un trabajador social clínico para evaluar sus necesidades y ofrecer las opciones disponibles y la educación para abordar esas necesidades. Las visitas a domicilio también reducen la necesidad de transporte.	A partir de 18 años. 48 visitas por año natural.	Si
Servicios a domicilio (ej.: limpieza de alfombras hipoalergénicas)	Evitar la acumulación de alérgenos en las alfombras del hogar es una medida vital para ayudar a aliviar los síntomas.	Hasta dos limpiezas al año. Debe estar diagnosticado de asma para reunir los requisitos.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Tutela legal	La tutela legal puede ayudar a proteger a una persona que ya no es capaz de tomar decisiones por sí misma que redunden en beneficio de su salud y bienestar. Máximo de quinientos dólares (\$500) por miembro elegible de por vida.	Esto está disponible para los miembros que se encuentran en un entorno de SNF o PDN y los padres obtienen la tutela para proteger a quienes no pueden cuidar de su propio bienestar. Disponible para miembros de 17 a 21 años.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Terapia de masaje	Masaje de los tejidos blandos del cuerpo para ayudar a las lesiones y reducir el dolor. El masaje de los tejidos blandos puede mejorar la circulación, disminuir el dolor y la tensión muscular, mejorar el trabajo del sistema inmunológico y mejorar el sueño.	Mayores de 21 años. Ilimitado según se considere médicamente necesario	Si
Estipendio para comidas (disponible para viajes de un día para citas médicas de larga distancia)	Para apoyar a los miembros de todas las edades que necesitan viajar largas distancias para citas médicas, disponible para viajes de un día para citas médicas de larga distancia.	Hasta veinte dólares (\$20) por comida hasta 3 comidas al día, hasta doscientos dólares (\$200) al día hasta mil dólares (\$1.000) al año para viajes de más de ciento sesenta (160) kilómetros.	Si
Asesoría nutricional	Una dieta sana puede favorecer la pérdida de peso, reducir la tensión arterial y el colesterol, y tiene beneficios adicionales para la salud, como reducir la depresión y mejorar el sueño. Visitas ambulatorias con un dietista para miembros.	A partir de 21 años.	No
Terapia ocupacional	Tratamientos que lo ayudan a hacer cosas de la vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar objetos de la casa. La terapia ocupacional puede ayudar a las personas a desarrollar, recuperar o mantener actividades significativas de la vida diaria que les permitan ser más autosuficientes.	A partir de 21 años. Una evaluación por año calendario. Una reevaluación por año calendario. Hasta siete visitas de terapia por semana.	Si, excepto la evaluación inicial

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Beneficios si prescripción médica	Cobertura para resfriados, tos, alergias, vitaminas, suplementos, preparados oftálmicos/óticos, analgésicos, productos gastrointestinales, cuidados de primeros auxilios, productos de higiene, repelente de insectos, productos de higiene bucal y cuidado de la piel.	Todas las edades. Hasta \$50 por hogar y mes.	No
Certificación de apoyo entre iguales	Cupón de hasta \$600 para convertirse en especialista en apoyo entre pares para los miembros que se identifiquen como necesitados de apoyo laboral en una evaluación de Pathways to Prosperity.	Mayores de 16 años	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Terapia con mascotas	Se proporciona a los miembros con problemas de salud conductual e incluye actividades con animales adiestrados.	A partir de 21 años. Sesiones según sea necesario por recomendación del proveedor.	Si
Fisioterapia	La fisioterapia ayuda a aliviar el dolor para ayudar a las personas a funcionar, moverse y mantener una mejor calidad de vida. Fisioterapia en el consultorio.	Mayores de 21 años. Una evaluación por año calendario. Una reevaluación por año calendario. Hasta siete unidades de tratamiento por semana.	Si, excepto la evaluación inicial
Terapia respiratoria	Las enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma pueden tener un grave impacto en las actividades cotidianas.	A partir de 21 años. Una evaluación inicial y una reevaluación por año calendario. Una visita al día.	Si
Relevo	Alivio a corto plazo para cuidadores de miembros con necesidades especiales de asistencia de salud.	Hasta 200 horas en casa y hasta 10 días fuera de casa al año. Debe haber agotado todos los beneficios de relevo cubiertas y comunitarias.	Si
Logopedia	La logopedia aumenta la autoestima de las personas al permitirles comunicar mejor sus pensamientos	A partir de 21 años. Una evaluación/ reevaluación por año calendario.	Si, excepto la evaluación inicial

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
	y sentimientos, así como ganar más confianza en situaciones sociales, disminuyendo el aislamiento social, la soledad, la ansiedad y la depresión. Servicios de logopedia en consulta.	Una reevaluación de CAA por año calendario. Una evaluación de la deglución bucofaringea por año calendario. Hasta siete unidades de tratamiento terapéutico por semana. Adaptación, ajuste y entrenamiento de CAA; hasta cuatro sesiones de 3 minutos por año calendario.	
Clases de natación (solo niños)	Los menores de 21 años pueden recibir sesiones de natación en grupo que incluyen hasta 8 lecciones de un YMCA local.	Una sesión grupal, hasta 8 lecciones de la YMCA local. En las zonas donde no exista una YMCA, los miembros pueden recurrir a un proveedor de natación local.	No
Eliminación de tatuajes	Cupón para miembros que hayan completado los módulos educativos de Sunshine Health Works Launchpad y que presenten pruebas de la necesidad de mano de obra.	Uno de por vida; límite de \$500. Edad 18 - 26	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Tutoría	Doce (12) sesiones de tutoría para ayudar a eliminar las barreras educativas.	Hasta 2 horas de tutoría por sesión; máximo de 12 sesiones anuales. A partir de 16 años.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Servicios de transporte a citas/actividades no médicas	Hasta tres viajes al mes con fines no médicos, como ir de compras o a eventos sociales.	Mayores de 18 años. No debe disponer de otro medio de transporte para tener derecho a este servicio.	No
Servicios oftalmológicos	Un examen rutinario de la vista al año, lentes graduados (un par de monturas al año)	A partir de 21 años.	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
	y varios tipos de lentes de contacto (suministro para seis meses).		
Apoyo al Registro Civil	Reembolso de \$50 por copias de documentación personal, como el permiso de conducir o el certificado de nacimiento	A partir de 16 años	No
Exención de copagos	La exención de copagos reduce la carga financiera de las personas. Todos los servicios, incluida la salud conductual.	A partir de 21 años.	No
Paquete ¡Bienvenido Bebé!	Un paquete de regalo para miembros embarazadas. Elija una opción por embarazo: 1) Kit de supervivencia para un sueño seguro con cuna, 2) Silla de auto con material educativo sobre el sueño seguro, 3) Silla alta con material educativo sobre el sueño seguro, 4) Baby Shower in a Box o 5) Cohecito con material educativo sobre el sueño seguro.	Debe completar tres visitas prenatales y asistir a un evento de Sunshine Health.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Membresía de YMCA	Para individuos o familias de cuatro miembros. Incluye acceso a las instalaciones gratuitas de YMCA y a la plataforma virtual Y360.	Mayores de 18 años. El cuidador, padre o tutor debe estar presente para los menores de 17 años.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.

Beneficios de su plan: Pathways to Prosperity

El Plan evaluará a los miembros que puedan estar experimentando 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, sostenibilidad alimentaria, capacitación profesional y servicios de apoyo educativo.

Sección 14: Costo compartido en los servicios

El costo compartido en los gastos se refiere a la parte de los costos de determinados servicios cubiertos que le corresponde pagar a usted. Los gastos compartidos pueden incluir coseguros, copagos y franquicias. Si tiene preguntas sobre los requisitos de reparto de gastos, comuníquese con los Servicios al Miembro.

Sección 15: Información útil sobre el Programa de Cuidados a Largo Plazo (LTC)

(Lea esta sección si está afiliado al programa LTC. Si no está en el programa LTC, pase al apartado 17)

Inicio de los servicios

Es importante que lo conozcamos para asegurarnos de que recibe la atención que necesita. El administrador de su caso agendará una cita en su domicilio o en el centro de asistencia para conocerlo.

En esta primera visita, el administrador de su caso le hablará del programa LTC y de nuestro Plan. También le hará preguntas sobre:

- Su estado de salud;
- Cómo se cuida;
- Cómo emplea su tiempo;
- Quién lo ayuda a cuidarse; y
- Otras cosas.

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

Elaboración de un plan de cuidados

Antes de que pueda empezar a recibir los servicios del programa LTC, debe tener un plan de cuidados centrado en la persona (plan de cuidados). Su administrador de casos elabora su plan de cuidados con usted. Su plan de cuidados es el documento que le informa de todos los servicios que recibe de nuestro programa LTC. Su administrador de casos hablará con usted y con los familiares o cuidadores que desee incluir para decidir qué servicios LTC lo ayudarán. Utilizarán la evaluación inicial y otra información para elaborar un plan exclusivo para usted. Su plan de cuidados le indicará:

- Qué servicios va a recibir
- Quién le presta el servicio (sus proveedores de servicios)
- Con qué frecuencia recibe un servicio
- ¿Cuándo empieza un servicio y cuándo termina (si tiene fecha de finalización)?
- Qué intentan ayudarlo a hacer los servicios. Por ejemplo, si necesita ayuda para realizar tareas domésticas ligeras, su plan de cuidados le indicará que un cuidador acompañante de adultos acuda 2 días a la semana para ayudarlo con las tareas domésticas ligeras.
- Cómo funcionan sus servicios LTC con otros servicios que recibe fuera de nuestro Plan, como Medicare, su iglesia u otros programas federales.
- Sus **objetivos personales**

No solo queremos asegurarnos de que vive seguro. También queremos asegurarnos de que sea feliz y se sienta unido a su comunidad y a otras personas. Cuando su administrador de casos elabore su plan de cuidados le preguntará por sus objetivos personales. Puede ser cualquier cosa, pero queremos asegurarnos de que los servicios de LTC le ayuden a conseguirlos. Algunos ejemplos de objetivos personales son:

- Caminar 10 minutos todos los días

- Llamar a un ser querido una vez a la semana
- Ir al centro de mayores una vez a la semana
- Trasladarse de un centro de cuidados a un centro de vida asistida

Usted o su **representante autorizado** (alguien en quien confía y que está autorizado a hablar con nosotros sobre sus cuidados) debe firmar su plan de cuidados. Así demuestra que está de acuerdo con los servicios de su plan de cuidados.

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

Actualización de su plan de cuidados

Cada mes, su administrador de casos lo llamará para ver cómo van sus servicios y cómo se encuentra usted. Si se produce algún cambio, actualizará su plan de cuidados y le entregará un nuevo ejemplar.

Su administrador de casos vendrá a verlo en persona para revisar su plan de cuidados cada 90 días (o cada 3 meses, aproximadamente). Es un buen momento para hablar con él/ella de sus servicios, de lo que le funciona y lo que no, y de cómo van sus objetivos. Ellos actualizarán su plan de cuidados con los cambios que se produzcan. Cada vez que cambie su plan de cuidados, usted o su representante autorizado deberán firmarlo.

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

Su plan de respaldo

Su administrador de casos lo ayudará a elaborar un plan alternativo. Un plan alternativo le indica qué hacer si un proveedor de servicios no se presenta para prestar un servicio. Por ejemplo, su asistente de salud a domicilio no ha venido a darle un baño.

Recuerde que si tiene algún problema para recibir los servicios, llame a su administrador de casos.

Sección 14: Los beneficios de su plan: Servicios de Cuidado a largo plazo

En la siguiente tabla se enumeran los servicios de asistencia a largo plazo cubiertos por nuestro Plan. Recuerde que los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos⁷.

Si se producen cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que le afecten, se lo notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los servicios cubiertos de Cuidado a largo plazo, llame a su administrador de cuidados o a Servicios al Miembro.

⁷ Puede encontrar una copia de la Política de Cobertura del Programa Estatal de Cuidado a largo plazo administrado de Medicaid en <https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies>.

Servicio	Descripción	Autorización previa
Cuidado de acompañantes adultos	Este servicio lo ayuda a preparar comidas, lavar la ropa y tareas domésticas ligeras.	Si
Atención de salud diurna para adultos	Supervisión, programas sociales y actividades que se ofrecen en un centro diurno para adultos durante el día. Si está allí a la hora de las comidas, puede comer allí.	Si
Servicios de asistencia	Se trata de servicios prestados las 24 horas del día si vive en una residencia familiar para adultos.	Si
Vida asistida	Son los servicios que se suelen prestar en un centro de vida asistida. Los servicios pueden incluir limpieza, ayuda para bañarse, vestirse y comer, asistencia con los medicamentos y programas sociales.	No
Cuidados auxiliares de enfermería	Servicios de enfermería y asistencia médica prestados en su domicilio para ayudarlo a controlar o recuperarse de una afección médica, enfermedad o lesión.	Si
Gestión del comportamiento	Servicios para necesidades de salud mental o abuso de sustancias	No
Capacitación de cuidadores	Capacitación y asesoría para las personas que ayudan a cuidar de usted	Si
Coordinación de cuidados/ administración de casos	Servicios que lo ayudan a obtener los servicios y el apoyo que necesita para vivir de forma segura e independiente. Esto incluye tener un administrador de casos y elaborar un plan de cuidados que indique todos los servicios que necesita y recibe.	No
Servicios de accesibilidad/adaptación del hogar	Este servicio realiza cambios en su hogar para ayudarlo a vivir y moverse en él de forma segura y más fácil. Puede incluir cambios como la instalación de barras de apoyo en el baño o de un asiento de inodoro especial. No incluye cambios importantes como alfombras nuevas, reparaciones del tejado, sistemas de fontanería, etc.	Si

Servicio	Descripción	Autorización previa
Comidas a domicilio	Este servicio entrega comidas saludables a domicilio.	Si
Servicios de asistencia a domicilio	Este servicio lo ayuda con las actividades generales del hogar, como la preparación de comidas y las tareas domésticas rutinarias.	Si
Hospicio	Atención médica, tratamiento y servicios de apoyo emocional para personas con enfermedades terminales o que se encuentran al final de sus vidas, para ayudarlos a mantenerse cómodos y sin dolor. También se ofrecen servicios de apoyo a los familiares o cuidadores.	No
Enfermería intermitente y especializada	Ayuda adicional de enfermería si no necesita supervisión de enfermería todo el tiempo o la necesita a una hora regular.	Si
Equipos y suministros médicos	Los equipos médicos se utilizan para ayudar a controlar y tratar una afección, enfermedad o lesión. Los equipos médicos se utilizan una y otra vez, e incluyen cosas como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, andadores y otros artículos. Los suministros médicos se utilizan para tratar y controlar afecciones, enfermedades o lesiones. Los suministros médicos incluyen artículos que se usan y luego se tiran, como vendas, guantes y otros artículos.	Si
Administración de medicamentos	Ayuda para tomar los medicamentos si no puede hacerlo por sí mismo.	Si
Gestión de los medicamentos	Revisión de todos los medicamentos con y sin prescripción que esté tomando	Si
Evaluación nutricional/ Servicios de reducción de riesgos	Educación y apoyo para usted y su familia o cuidador sobre su dieta y los alimentos que necesita comer para mantenerse sano.	Si

Servicio	Descripción	Autorización previa
Servicios de enfermería	Los servicios de enfermería incluyen supervisión médica, cuidados de enfermería las 24 horas del día, ayuda con las actividades cotidianas, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.	Si
Cuidados personales	Se trata de servicios a domicilio para ayudarle con: <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Vestirse • Comer • Higiene personal 	Si
Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS)	Dispositivo electrónico que puede llevar puesto o cerca de usted y que le permite pedir ayuda de emergencia en cualquier momento.	Si
Servicio de relevo	Este servicio permite a sus cuidadores tomarse un breve descanso. Puede utilizar este servicio en su domicilio, en un centro de vida asistida o en un centro de enfermería.	Si
Terapia ocupacional	La terapia ocupacional incluye tratamientos que lo ayudan a hacer cosas de la vida diaria, como escribir, alimentarse y utilizar objetos de la casa.	Si
Fisioterapia	La fisioterapia incluye ejercicios, estiramientos y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión, enfermedad o debido a una afección médica.	Si
Terapia respiratoria	La terapia respiratoria incluye tratamientos que lo ayudan a respirar mejor.	Si
Logopedia	La logopedia incluye pruebas y tratamientos que lo ayudan a hablar o tragar.	Si
Cuidados familiares estructurados	Servicios prestados en su domicilio para ayudarlo a vivir en casa en lugar de en un centro de enfermería.	Podemos ofrecer la opción de utilizar este servicio en lugar de

Servicio	Descripción	Autorización previa
		los servicios de un centro de enfermería.
Transporte	Transporte de ida y vuelta a todos los servicios de su programa LTC. Puede ser en autobús, en una furgoneta que pueda transportar a personas discapacitadas, en taxi o en otro tipo de vehículos.	Si, si es más de 160 kilómetros

Opción de Dirección del Participante (ODP)* de Cuidado a largo plazo

Es posible que le ofrezcan la Opción de Dirección del Participante (ODP). Puede utilizar la ODP si utiliza alguno de estos servicios y vive en su domicilio:

- Servicios de asistencia
- Servicios de ayuda a domicilio
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de compañía para adultos
- Servicios de cuidados intermitentes y de enfermería especializada

La ODP le permite autogestionar sus servicios. Esto significa que usted elige a su proveedor de servicios y cómo y cuándo los recibe. Tiene que contratar, capacitar y supervisar a las personas que trabajan para usted (sus trabajadores de servicios directos).

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

Si está interesado en la ODP pida más información a su administrador de casos. También puede pedir una copia de las Directrices de la ODP para leerlas y ayudarlo a decidir si esta opción es la adecuada para usted.

**La ODP no es una opción disponible para los participantes en el programa de Exención por Discapacidad Intelectual y del Desarrollo. Ver Anexo C*

Beneficios de su plan: Beneficios ampliados de LTC

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

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Centro de vida asistida/Hogar de atención familiar para adultos	Servicios como cuidado personal, limpieza, supervisión de los medicamentos y programas sociales para ayudar al	Mayores de 18 años. Las camas pueden retenerse durante 30 días si el miembro ha presidido el centro	No

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Días de permanencia en cama	miembro en un centro de vida asistida.	durante un mínimo de 30 días entre episodios.	
Beneficio para una vida sana	Dispositivos de asistencia y ayudas de adaptación para ayudar a los miembros a mantener la independencia en sus hogares. Los miembros pueden seleccionar dos de los siguientes artículos: báscula digital, manguito de presión arterial en el hogar, medidor de flujo máximo, alcanzadores / agarraderas, almohada lumbar, ventilador personal, lámpara de clip, bolsa de andador o un dispositivo de tecnología de asistencia, como un dispositivo doméstico inteligente (por ejemplo, Amazon Echo).	Mayores de 21 años	No
Subsidio para el hogar	Hasta \$250,00 anuales para miembros de LTC basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que necesiten asistencia financiera para mantener la residencia en un entorno comunitario.	A partir de 16 años	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Comidas a domicilio - General	Hasta 10 comidas por evento para apoyo nutricional.	Mayores de 18 años	Si
Comidas a domicilio - Preparación para catástrofes	Comida sana entregada a domicilio durante una emergencia, como una catástrofe natural.	1 kit de comida de emergencia al año.	Si
Sesiones de terapia individual para cuidadores	Asesoría terapéutica para apoyar a los cuidadores principales que residen con personas inscritas en LTC en un hogar privado.	Mayores de 18 años	Si

Servicio	Descripción	Cobertura/ Limitaciones	Autorización previa
Mascota de compañía Joy for All Battery Operated Plus	Diseñada para aportar comodidad, compañía y diversión a las personas que sufren aislamiento social, soledad o cualquier tipo de deterioro cognitivo.	Una mascota por miembro.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Asistencia para la transición de un centro de enfermería a un entorno comunitario	Hasta \$5.000 para la transición segura a situaciones de vida independiente.	Mayores de 18 años, deben residir en un centro de enfermería.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Pathways to Purpose: Servicios de transporte a citas/actividades no médicas	Hasta tres viajes al mes con fines no médicos, como tutoría o voluntariado.	Mayores de 18 años. No debe tener otro medio de transporte para calificar.	No
Kit sensorial	Kit de apoyo sensorial adaptado a las necesidades de desarrollo y diagnóstico de los inscritos.	Debe estar inscrito en un programa de cuidados a largo plazo. A partir de 3 años.	Comuníquese con su administrador de cuidados para determinar si cumple con los requisitos.
Servicios de transporte a citas/actividades no médicas	Hasta tres viajes al mes para fines no médicos, como ir de compras o eventos sociales.	Mayores de 18 años. No debe disponer de otro medio de transporte.	No
Canasta de bienvenida	Una canasta de regalo con artículos por un valor de hasta \$50 para ayudar a los miembros de LTC en transición a su nuevo hogar.	Mayores de 21 años. Debe ser miembro de LTC	No

Sección 17: Satisfacción del miembro

Quejas, reclamos y apelaciones al plan

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

	Qué puede hacer	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar un Reclamo	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamarnos en cualquier momento. <p>1-866-796-0530</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intentaremos resolver su problema en el plazo de 1 día laborable.
Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una Queja .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. • Llamarnos para pedirnos más tiempo para resolver su queja si cree que más tiempo le ayudará. <p>Teléfono: 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770)</p> <p>Sunshine Health P.O. Box 459087 Fort Lauderdale, FL 33345-9087 Fax: 1-866-534-5972 Sunshine_Appeals @centene.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja, lo haremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta con nuestros motivos y le informaremos de sus derechos si no está de acuerdo.
Si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre sus servicios, puede solicitar una Apelación	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos, o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito, en un plazo de 60 días a partir de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicitar la continuación de sus servicios en un plazo de 10 días desde la recepción de nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas normas. <p>Teléfono: 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770)</p> <p>Sunshine Health P.O. Box 459087</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. • Lo ayudaremos a cumplimentar los formularios. • Revisaremos su apelación y enviarle una carta en un plazo de 30 días para responderle.

	Qué puede hacer	Qué haremos:
	Fort Lauderdale, FL 33345-9087 Fax: 1-866-534-5972 Sunshine_Appeals @centene.com	
Si cree que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una apelación expedita o “rápida” .	Usted puede: <ul style="list-style-type: none"> • Escribanos o llámenos en un plazo de 60 días a partir de nuestra decisión sobre sus servicios. Teléfono: 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770) Sunshine Health P.O. Box 459087 Fort Lauderdale, FL 33345-9087 Fax: 1-866-534-5972 Sunshine_Appeals @centene.com	Nosotros: <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta en las 48 horas siguientes a la recepción de su solicitud. • Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesite una apelación expedita y enviarle una carta en un plazo de 2 días.
Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid** .	Usted puede: <ul style="list-style-type: none"> • Escriba a la Agencia para la Administración de la Atención Médica, Oficina de Audiencias Imparciales. • Solicite una copia de su historial médico. • Solicite la continuación de sus servicios dentro de los 10 días siguientes a la recepción de nuestra carta, si es necesario. Pueden aplicarse algunas normas. <p><i>**Debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</i></p>	Nosotros: <ul style="list-style-type: none"> • Le proporcionaremos el transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario. • Reiniciaremos sus servicios si el estado le da la razón. <p>Si continuó con sus servicios podemos pedirle que pague los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

Apelación al plan expedita

Si negamos su solicitud de apelación expedita trasladaremos su apelación al plazo de apelación ordinario de 30 días. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no concederle una apelación expedita, puede llamarnos para presentar una queja.

Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un Aviso de resolución de apelación del plan si llama o escribe a:

Agencia para la Administración de la Atención Médica
Unidad de Audiencias Imparciales de Medicaid
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877-254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde se le pueda localizar a usted o a su representante

También puede incluir la siguiente información, si dispone de ella:

- Por qué cree que debería cambiarse la decisión
- El servicio o servicios que cree que necesita
- Cualquier información médica que apoye la solicitud
- A quién le gustaría ayudar con su audiencia imparcial

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

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

Revisión por parte del estado (para los miembros de MediKids)

Cuando usted solicita una revisión un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisa la decisión tomada durante la apelación del Plan. Puede solicitar una revisión por parte del estado en cualquier momento hasta 30 días después de recibir el aviso. Primero debe finalizar el proceso de apelación.

Puede solicitar una revisión por parte del estado si llama o escribe a:

Agencia para la Administración de la Atención Médica
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877 254-1055 (línea gratuita)
1-239-338-2642 (fax)

MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

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

Continuación de los beneficios para los miembros de Medicaid

Si ahora está recibiendo un servicio que va a reducirse, suspenderse o terminarse, tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome 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 tome una decisión definitiva.

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

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

- 10 días después de recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios (NABD), o
- El primer día en que se le reduzcan, suspendan o nieguen los servicios o antes.

Sección 18: Sus derechos como miembros

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan también tiene ciertos derechos. Tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Que se tengan siempre en cuenta y se respeten su dignidad y su intimidad
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién le presta servicios médicos y quién es responsable de su atención
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluido si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y hablar abiertamente sobre el tratamiento que necesita, las opciones de tratamiento y alternativas, los riesgos y cómo le ayudarán estos tratamientos.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de contribuir al pago de su asistencia médica.
- Saber si el proveedor o centro acepta la tarifa de asignación de Medicare
- Que se le informe antes de recibir un servicio de cuánto puede costarle
- Obtener una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidad, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier urgencia médica que pueda empeorar si no recibe tratamiento.

- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación.
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con el suyo (segunda opinión médica)
- Obtener una copia de su historial médico y solicitar que se añada o corrija información en su historial, si es necesario.
- Obtener una copia de su historial médico y pedir que se añada o corrija información en ella, si es necesario.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo (directrices avanzadas).
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una decisión del Plan sobre sus servicios.
- Para apelar una decisión del Plan sobre sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no forme parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que forme parte de nuestro Plan.
- Hablar libremente sobre su atención médica y sus preocupaciones sin malos resultados
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o sus proveedores de la red lo traten mal
- Recibir atención sin temor a que se utilice cualquier forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre los beneficiarios y sobre el plan
- Obtener servicios disponibles y accesibles cubiertos por el Plan (incluye servicios en lugar de servicios (ILOS))

Los miembros de LTC tienen derecho a:

- Estar libres de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir servicios en un entorno similar al hogar, independientemente del lugar donde vivan
- Recibir información sobre cómo participar en su comunidad, establecer objetivos personales y cómo puede participar en ese proceso.
- Que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica
- -Hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento de sus dolencias, independientemente de su costo o beneficio.
- A elegir los programas en los que participa y los proveedores que le atienden

Sección 19: Responsabilidades del miembro

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de:

- Dar información precisa sobre su salud a su Plan y a sus proveedores
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que entiende el curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su médico, seguir las instrucciones y hacer preguntas.
- No faltar a sus citas y notificar a su proveedor si no puede acudir a una cita.
- Ser responsable de sus actos si se le niega el tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico.
- Asegurarse de que se pagan los servicios no cubiertos que reciba
- Cumplir las normas de conducta del centro sanitario
- Tratar con respeto al personal médico y al administrador del caso
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal médico
- Utilizar la sala de urgencias solo para emergencias reales
- Notificar a su administrador de casos si tiene algún cambio de información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad
- Informar de fraudes, abusos y pagos excesivos

Los miembros a LTC tienen la responsabilidad de:

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

Sección 20: Otra información importante

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

Si recibe servicios de cuidados a largo plazo o de cuidados paliativos es posible que tenga que pagar una “parte del costo” de sus servicios cada mes. Esta participación en los costos se denomina “responsabilidad del paciente”. El Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) le enviará una carta cuando cumpla con los requisitos (o para informarle de los cambios) para recibir servicios de LTC o de hospicio de Medicaid. Esta carta se llama “Notificación del asunto” o “NOCA”. La carta NOCA le indicará sus fechas de elegibilidad y cuánto debe pagar al centro donde vive, si vive en un centro, por la parte que le corresponde del costo de sus servicios LTC o de cuidados paliativos.

Para obtener más información sobre la responsabilidad del paciente, puede hablar con el administrador de su caso de LTC, comunicarse con el DCF si llama gratuitamente al 1-866-762-2237 o visita la página web del DCF en <https://www.myflfamilies.com/medicaid> (desplácese hacia abajo, revise los enlaces de la parte izquierda de la página web y seleccione el documento titulado “Hoja informativa sobre el programa Medicaid relacionado con el SSI”).

Protección de los proveedores de atención médica para indios (IHCP)

Los indios están exentos de toda participación en los gastos por los servicios prestados o recibidos por un IHCP o derivados en virtud de un contrato de servicios médicos.

Plan de emergencia en caso de catástrofe

Las catástrofes pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse a sí mismo y a su familia es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) estar informado; 2) elaborar un plan; y 3) obtener un kit. Si necesita ayuda con su plan de emergencia en caso de catástrofe llame a los Servicios al Miembro o al administrador de su caso. La División de Gestión de Emergencias de Florida también puede ayudarlo con su plan. Puede llamar al 1-850-413-9969 o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org.

Para los miembros de LTC, el administrador de su caso lo ayudará a crear un plan en caso de desastre.

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

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

Fraude/Abuso/Pago en exceso en el programa Medicaid

Para denunciar sospechas de fraude o abuso en Medicaid de Florida, llame gratis a la Línea Directa de Quejas del Consumidor al 1-888-419-3456 o complete un Formulario de Quejas de Fraude y Abuso de Medicaid, que está disponible en línea en:

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

También puede informarnos directamente sobre fraude y abuso si llama a la línea directa anónima y confidencial de Sunshine Health al 1-866-685-8664, o si se comunica con el Responsable de Cumplimiento en el 1-866-796-0530. También puede enviar un correo electrónico a Compliancefl@centene.com.

Abuso/Negligencia/Explotación de personas

Nunca te deben tratar mal. Nunca está bien que alguien le pegue o le haga sentir miedo. Puede hablar con su PCP o administrador de casos sobre lo que siente.

Si cree que lo están maltratando o desatendiendo puede llamar a la línea directa sobre malos tratos al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o para teléfono de texto al 1-800-955-8771.

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

La violencia doméstica también es maltrato. A continuación hay algunos consejos de seguridad:

- Si se lesiona, llame a su PCP
- Si necesita atención de urgencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano. Para obtener más información, consulte la sección denominada ATENCIÓN DE EMERGENCIA.
- Tenga un plan para llegar a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar).
- Prepare una bolsa pequeña, dásela a un amigo para que se la guarde

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al teléfono gratuito de la Línea directa nacional contra la violencia doméstica 1-800-799-7233 (teléfono de texto 1-800-787-3224).

Instrucciones previas

Un documento de voluntades anticipadas es una declaración escrita o verbal sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted mismo. Algunas personas formulan directivas anticipadas cuando están muy enfermas o al final de sus vidas. Otras lo hacen cuando están sanas. Puede cambiar de opinión y de estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a obtener y entender estos documentos. No cambian su derecho a beneficios médicos de calidad. El único propósito es hacer saber a otros lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

1. Un testamento en vida
2. Designación de un sustituto para la asistencia médica
3. Donación anatómica (de órganos o tejidos)

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

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de casos, sepa que usted tiene un documento de voluntades anticipadas y dónde se encuentra.

Si se produce algún cambio en la legislación sobre voluntades anticipadas, se lo comunicaremos en un plazo de 90 días. Si no lo desea, no es necesario que tenga un documento de directivas anticipadas.

Si su proveedor no respeta sus directivas anticipadas puede presentar una queja a los Servicios al Miembro a través del 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770) o a la Agencia a través del 1-888-419-3456.

Cómo obtener más información

Tiene derecho a solicitar información. Llame a los Servicios al Miembro o hable con el administrador de su caso sobre el tipo de información que puede recibir gratuitamente. Algunos ejemplos son:

- Su historial como miembro
- Una descripción de nuestro funcionamiento
- Programas comunitarios
- Cómo inscribirse en el programa de administración de casos
- Información sobre nuestros proveedores, servicios y sus derechos y responsabilidades
- Cómo se evalúa la nueva tecnología para incluirla como beneficio cubierto
- Información sobre nuestros proveedores, servicios y sus derechos y responsabilidades
- Más información sobre la facultad de medicina y la residencia de un proveedor

Para echar un vistazo a los resultados HEDIS de Sunshine Health, visite <https://www.sunshinehealth.com/members/medicaid/resources/quality-improvement.html>

Si cree que podría beneficiarse de nuestro programa de gestión de atención, llame a los Servicios al Miembro al 1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770).

Conecte su asistencia médica: Nuevo acceso a sus historiales médicos digitales

El 1 de julio de 2021, la nueva norma federal de interoperabilidad y acceso de los pacientes (CMS 9115 F) facilitó a los miembros la obtención de sus historiales médicos. Ahora tiene acceso completo a sus registros de salud en su dispositivo móvil. Eso le ayuda a gestionar su salud y obtener servicios.

Imagine:

- Acude a un nuevo médico, porque no se siente bien. Puede consultar su historial médico de los últimos cinco años.
- Utiliza una lista actual de proveedores para buscar un médico o especialista.
- Ese médico o especialista puede utilizar su historial médico para averiguar qué le pasa.
- Va a su computadora para ver si un reclamo se pagó, negó o aún se está tramitando.
- Si lo desea, puede llevarse su historial médico cuando cambie de seguro médico.

La nueva norma se aplica a la información relacionada con las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016. Facilita la búsqueda de información sobre sus reclamos, cobertura de medicamentos de farmacia, información médica y proveedores. Para obtener más información, visite su cuenta del Portal seguro para miembros en SunshineHealth.com/login.

Sección 21: Recursos adicionales

Floridahealthfinder.gov

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

- Información actualizada sobre licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados médicos
- Fijación de precios
- Medidas de rendimiento
- Folletos de educación del consumidor
- Testamentos vitales
- Índices de calidad, incluidos los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre diferentes medidas de rendimiento relacionadas con la calidad de la atención prestada por los planes. Estas medidas permiten al público comprender en qué medida los Planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver los boletines de calificaciones de los Planes, visite <https://quality.healthfinder.fl.gov/Facility-Provider/Medicaid-ReportCard?&type=-13>.

Unidad de vivienda para adultos mayores

La Unidad de viviendas para adultos mayores proporciona información y asistencia técnica a los adultos mayores y a los líderes de la comunidad sobre viviendas asequibles y opciones de vida asistida. El Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida mantiene un sitio web con información sobre centros de vida asistida, residencias familiares para adultos, centros diurnos para adultos y centros de enfermería en <https://elderaffairs.org/programs-services/housing-options/>, así como enlaces a otros recursos federales y estatales.

Información sobre MediKids

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

Centro de recursos para personas mayores y discapacitadas

También puede encontrar información adicional y asistencia sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de delitos, planificación de ingresos u oportunidades educativas si se comunica con el Centro de Recursos para la Tercera Edad y la Discapacidad.

Programa de Apoyo al Consumidor Independiente

El Departamento de Asuntos de Adultos Mayores de Florida también ofrece un Programa de Apoyo al Consumidor Independiente (ICSP, por sus siglas en inglés). El ICSP trabaja con el Programa Estatal de Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo, el ADRC y la Agencia para garantizar que los miembros de LTC tengan muchas formas de obtener información y ayuda cuando la necesiten. Para obtener más información, llame a la Línea de ayuda para adultos mayores al 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o visite <https://elderaffairs.org/programs-services/medicaid-long-term-care-services/statewide-medicaid-managed-care-long-term-care-program/>.

Sección 22: Formularios

4. Autorización para utilizar y divulgar información médica
5. Revocación de la autorización para utilizar o divulgar información médica



P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Autorización para usar o divulgar información médica

Estimado <Nombre del miembro>,

Aviso al miembro:

- Completar este formulario le permitirá a Sunshine Health, (i) usar su información médica para un propósito particular o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que identifique en este formulario.
- No tiene que dar permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con Sunshine Health no cambiarán si no envía este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo, a la dirección que se encuentra al final de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a los Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Sunshine Health no puede prometer que la persona o grupo con el que nos permita compartir su información médica no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, comuníquese con los Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Rellene toda la información de este formulario. Cuando termine, envíe el formulario y cualquier documentación de respaldo por correo o fax a:

Sunshine Health

A la atención de: Departamento de Cumplimiento
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089
Fax: 1-866-796-0523



**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.
NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

1 INFORMACIÓN PARA MIEMBROS:

Nombre del miembro *(escrito)*: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ N° de ID de miembro: _____

2 LE DOY PERMISO AL SUNSHINE HEALTH PARA USAR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES *(marque una opción a continuación)*:

- permitir que Sunshine Health me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que Sunshine Health use o comparta mi información médica para _____

3 PERSONA O GRUPO PARA RECIBIR INFORMACIÓN *(agregue más personas o grupos en la página siguiente)*:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

4 AUTORIZO A SUNSHINE HEALTH A USAR O COMPARTIR LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE SALUD INFORMACIÓN *(NOTA: seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información de salud o seleccione la declaración a continuación para divulgar solo parte de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambos.)*

- Toda mi información médica, INCLUIDA:**
Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos prescritos/medicamentos; y datos y registros de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por uso de sustancias que pueda divulgarse);
O

- Toda mi información médica EXCEPTO *(marque solo las casillas a continuación que correspondan)*:**

- Información genética, servicios o pruebas
- Datos y registros sobre el SIDA o el VIH
- Datos y registros de drogas y alcohol
- Datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros de medicamentos prescritos
- Otro: _____



ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/EVENTO:

5

Fecha en que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vence en un año a partir de la fecha de la siguiente firma.

6

FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL:

FECHA:

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el miembro:

*Si usted es el representante legal o personal del Miembro, **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes**, como poder notarial u orden de tutela.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR CORREO A:

Sunshine Health, a la atención de: Departamento de Cumplimiento
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

PERSONA(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) PARA RECIBIR INFORMACIÓN:

NOTA: Si da su consentimiento para divulgar cualquier expediente sobre trastornos por consumo de sustancias a un beneficiario que no sea ni un tercero pagador ni un proveedor, centro o programa de atención de salud donde usted reciba servicios de un proveedor tratante, como una bolsa de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo, "entidad beneficiaria"), debe especificar el nombre de una persona o la entidad con/de la cual usted recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad beneficiaria, o simplemente indicar que sus expedientes sobre trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad beneficiaria.



Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona física o jurídica): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____



P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Revocación de la autorización para usar o divulgar información médica

Quiero cancelar o revocar el permiso que le di a Sunshine Health para usar mi información de salud para un propósito particular o para compartir mi información de salud con una persona o grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de firma de la autorización (si se conoce): _____

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS:

Nombre del miembro (escrito): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de identificación de miembro: _____

Entiendo que es posible que mi información de salud (incluidos, cuando corresponda, mis registros de trastornos por uso de sustancias) ya se haya utilizado o compartido debido al permiso que di anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un propósito particular o para compartir mi información de salud con la persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que firmé para que la información de salud se use con otro propósito o se comparta con otra persona o grupo.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Si está firmando por el miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el representante personal del miembro, descríbalos a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial u orden de tutela).



Sunshine Health dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Utilice la dirección postal o el número de fax a continuación. También puede llamar a los Servicios al Miembro para obtener ayuda al **1-866-796-0530 (teléfono de texto 1-800-955-8770)**.

Sunshine Health
A la atención de: Departamento de Cumplimiento
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089
Fax: 1-866-796-0530

Sunshine Health provides free aids and services to people with disabilities, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic and other formats), and free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

This information is available for free in other languages. Please contact Member Services at 1-866-796-0530, TTY 1-800-955-8770 Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Esta información está disponible en otros idiomas de manera gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 1-866-796-0530, TTY 1-800-955-8770 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si oumenm, oubley yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Sunshine Health, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770).

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Sunshine Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770).

Sección 23: Recursos comunitarios

Sunshine Health Connects

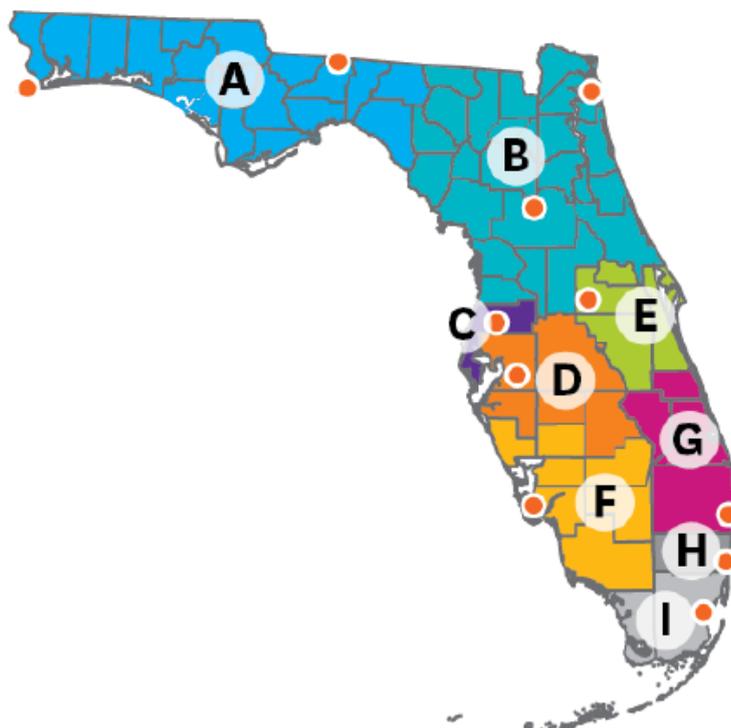
Sunshine Health Connects ayuda a los miembros y cuidadores a encontrar recursos comunitarios. Nuestra base de datos facilita a las personas con necesidades sociales relacionadas con la salud, y a quienes ayudan a otros, la búsqueda de recursos comunitarios. Estas organizaciones comunitarias ofrecen ayuda con alimentos, alojamiento, atención médica, dinero y educación, empleo y mucho más. Visite CommunityResources.SunshineHealth.com para buscar por código postal. O llame a la línea de ayuda de Conexiones Comunitarias al 1-866-775-2192.

Centros de Conexiones Comunitarias

Los miembros, cuidadores y familias pueden obtener ayuda y apoyo en nuestros Centros de Conexiones Comunitarias. También pueden asistir allí a eventos sobre salud y educación. Puede utilizarlos de muchas maneras:

- Hablar con nosotros sobre su plan de salud.
- Reunirse con un administrador de cuidados sobre su Plan de Cuidados.
- Acudir a eventos como
 - Clases de lectura para niños y adultos
 - Baby showers
 - Recursos especiales
- Obtenga información sobre temas como:
 - Transporte
 - Alimentos
 - Vivienda
 - Ayuda financiera

Aquí está una lista de los Centros de Conexiones Comunitarias en toda la Florida.



Región A

2620 Creighton Road, Suite 401
Pensacola, FL 32504
1-850-473-2801

2525 S Monroe St., Unit 1
Tallahassee, FL 32301
1-850-523-4301

Región B

2724 NE 14th St.
Ocala, FL 34470
1-352-840-1101

5115 Normandy Blvd., Unit 1
Jacksonville, FL 32205
1-904-348-5267

Región C

5035 US Hwy. 19
New Port Richey, FL 34652
1-727-834-2301

Región D

200 W Waters Ave.
Tampa, FL 33604
1-813-470-5651

Región E

6801 W Colonial Drive, Suite E
Orlando, FL 32818
1-407-253-7602

Región F

4901 Palm Beach Blvd., Suite 80
Fort Myers, FL 33905
1-239-690-5722

Región G

4278 Okeechobee Blvd.
West Palm Beach, FL 33409
1-561-337-3508

Región H

1299 NW 40th Ave., Suite C
Lauderhill, FL 33313
1-954-400-6479

Región I

9552 SW 160th St.
Miami, FL 33157
1-786-573-7801

Sunshine Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Sunshine Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sunshine Health

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes cualificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios comuníquese con Sunshine Health a través del [1-866-796-0530](tel:1-866-796-0530) (teléfono de texto [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)).

Si cree que Sunshine Health no ha prestado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, embarazo u orientación sexual, puede presentar una queja ante:

- **Coordinador 1557**
- **P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631**
- **Telf.: 1-855-577-8234 (TTY 711)**
- **Fax: 1-866-388-1769**
- **Correo electrónico SM_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201. Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). Los formularios de denuncia están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso está disponible en el sitio web de **Sunshine Health**:

SunshineHealth.com/members/medicaid/resources/non-discrimination-notice.html

Sunshine Health provides free aids and services to people with disabilities, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic and formats), and free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

This information is available for free in other languages. Please contact Member Services at 1-866-796-0530, TTY 1-800-955-8770 Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Esta información está disponible en otros idiomas de manera gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 1-866-796-0530, TTY 1-800-955-8770 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Sunshine Health, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770).

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Sunshine Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-796-0530 (TTY 1-800-955-8770).