



**CHA**  
Health Plan

# **Manual para miembros de Florida Medicaid de Clear Health Alliance**

844-406-2398 (TTY 711)  
[clearhealthalliance.com/member](https://clearhealthalliance.com/member)

MANUAL PARA MIEMBROS DE FLORIDA  
MEDICAID DE CLEAR HEALTH ALLIANCE



844-406-2398 (TTY 711)

[clearhealthalliance.com/member](https://clearhealthalliance.com/member)

1021633FLMSPCHA 07/22

**Esta es una actualización a sus beneficios actuales de atención de la salud.  
Consérvela con su manual del miembro.**

### **Inscripción en el Programa de Atención a Largo Plazo de SMMC**

El programa de Atención a Largo Plazo (LTC) de SMMC presta servicios de centro de enfermería y atención basada en el hogar y la comunidad para ancianos y adultos (de 18 años en adelante) con discapacidades. Los servicios basados en el hogar y la comunidad ayudan a las personas a quedarse en sus casas, con servicios como ayuda para bañarse, vestirse y comer; ayuda con las tareas domésticas; ayuda para hacer compras; o supervisión.

Pagamos por servicios que sean prestados en el centro de enfermería. Si usted vive a tiempo completo en un centro de enfermería de Medicaid, probablemente ya usted está en el programa LTC. Si no sabe o no cree que está inscrito en el programa LTC, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarle.

El programa LTC también proporciona ayuda para personas que viven en su casa. Pero el espacio es limitado para estos servicios en casa, así que antes de que pueda recibir estos servicios, usted tiene que hablar con alguien que le hará preguntas sobre su salud. Esto se conoce como revisión. Los Centros de Recursos para Envejecimiento y Discapacidad (ADRC) del Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores completan estas revisiones. Una vez que la revisión esté completa, los ADRC le avisarán sobre su colocación en lista de espera o le darán una lista de recursos si usted no es colocado en la lista de espera. Si es colocado en la lista de espera y se abre un espacio para usted en el programa LTC, el programa de Evaluación Integral y Revisión para Servicios de Atención a Largo Plazo (CARES) del Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores le pedirá que proporcione más información sobre usted para asegurarse de que satisface otros criterios médicos para recibir servicios del programa LTC. Algunos inscritos no tienen que completar el proceso de revisión o lista de espera si cumplen con todos los otros requisitos de elegibilidad del programa LTC. Para obtener más información sobre las Excepciones de revisión en el Programa LTC, visite la página web de la Agencia en [https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide\\_mc/ltc\\_scrn.shtml](https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/ltc_scrn.shtml). Por ejemplo:

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

Si contestó que “sí” a todas las tres preguntas, podría comunicarse con CHA para solicitar una evaluación para el programa LTC. Una vez inscrito en el programa LTC, nos aseguraremos de que siga cumpliendo con los requisitos para el programa todos los años.

Puede encontrar el número de teléfono de su ADRC local usando el siguiente mapa. Ellos también pueden ayudar a responder cualquier otra pregunta que usted tenga sobre el programa LTC. Visite [https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide\\_mc/smmc\\_ltc.shtml](https://ahca.myflorida.com/Medicaid/statewide_mc/smmc_ltc.shtml) para obtener más información.

**AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRC)**

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

**PSA 2**  
Advantage Aging Solutions  
2414 Mahan Dr.  
Tallahassee, FL 32308  
(850) 488-0055  
[www.aaanf.org](http://www.aaanf.org)

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

**PSA 4**  
Elder Source, The Area Agency on Aging of Northeast Florida  
10688 Old St. Augustine Rd.  
Jacksonville, FL 32257  
(904) 391-8600  
[www.myeldersource.org](http://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) 570-8696  
[www.agingcarefl.org](http://www.agingcarefl.org)

**PSA 6**  
Senior Connection Center, Inc  
8928 Brittany Way  
Tampa, FL 33619  
(813) 740-3888  
[www.seniorconnectioncenter.org](http://www.seniorconnectioncenter.org)

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

**PSA 8**  
Area Agency on Aging for Southwest Florida, Inc.  
2830 Winkler Ave, Ste. 112  
Fort Myers, FL 33916  
(239) 652-8900  
[www.aaaswfl.org](http://www.aaaswfl.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](http://www.youragingresourcecenter.org)

**PSA 10**  
Aging and Disability Resource Center of Broward County, Inc.  
5300 Hiatus Rd.  
Sunrise, FL 33351  
(954) 745-8567  
[www.adrcbroward.org](http://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](http://www.allianceforaging.org)

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

**Spanish: Si usted no habla inglés**, llámenos al 844-406-2398 (TTY 711).

Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

**French: Si vous ne parlez pas anglais**, appelez-nous au 844-406-2398 (ATS 711).

Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.

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

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

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

**Vietnamese: Nếu bạn không nói được tiếng Anh**, hãy gọi cho chúng tôi theo số 844-406-2398 (TTY 711). 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

Servicios para Miembros/ Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas	844-406-2398	Disponible las 24 horas
TTY de Servicios para Miembros/la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas	711	Disponible las 24 horas
Sitio web	clearhealthalliance.com/member	
Dirección	Clear Health Alliance 9250 W. Flagler St., Ste. 600 Miami, FL 33174-9925	

Servicios de transporte: situaciones que no son de emergencia	Llame al 877-671-6671 si usted vive en el Condado Broward, Miami-Dade o Monroe.  Llame al 877-779-8617 si usted vive en cualquier otro condado de Florida.	
Beneficios de farmacia/medicamentos recetados	833-235-2028 (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Beneficios de farmacia especializada/medicamentos recetados	Farmacia especializada de IngenioRx 833-255-0646 (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Cuidado dental	Comuníquese directamente con su administrador de casos o al 844-406-2398 (TTY 711) si necesita ayuda para coordinar estos servicios.	
Atención de los ojos	iCare Health Solutions 855-418-1627	
Servicios de salud del comportamiento	Beacon Health Options 844-280-9633 beaconhealthoptions.com	
Manejo de condición médica crónica	Manejo de casos y enfermedades/Coordinación de la atención de CHA 855-459-1566	

Para denunciar sospechas de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	800-96-ABUSE (800-962-2873) TTY: 711 o 800-955-8771 <a href="http://myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline">myflfamilies.com/service-programs/abuse-hotline</a>
Para elegibilidad de Medicaid	866-762-2237 TTY: 711 o 800-955-8771 <a href="http://myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid">myflfamilies.com/service-programs/access-florida-food-medical-assistance-cash/medicaid</a>
Para denunciar fraude y/o abuso de Medicaid	888-419-3456 <a href="https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform">https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform</a>
Para presentar un reclamo acerca de un centro médico	888-419-3450 <a href="http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml">http://ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml</a>
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	877-254-1055 239-338-2642 (fax) <a href="mailto:MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com">MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com</a>
Para presentar un reclamo acerca de servicios de Medicaid	877-254-1055 TDD: 866-467-4970 <a href="http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints">http://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints</a>
Para buscar información para adultos mayores	800-96-ELDER (800-963-5337) <a href="http://elderaffairs.org/doea/arc.php">elderaffairs.org/doea/arc.php</a>
Para buscar información sobre violencia doméstica	800-799-7233 TTY: 800-787-3224 <a href="http://thehotline.org">thehotline.org</a>
Para buscar información sobre centros médicos en Florida	<a href="http://floridahealthfinder.gov">floridahealthfinder.gov</a>
Para buscar información sobre atención de urgencia	Vaya a <a href="http://clearhealthalliance.com/member">clearhealthalliance.com/member</a> y use nuestra herramienta <b>Find A Doctor (Encontrar un médico)</b> para buscar un centro de atención de urgencia de la red cerca de usted. Si no tiene certeza de si necesita atención de urgencia, llame a su PCP. Este le dirá lo que debe hacer. O puede llamar a un enfermero para que lo asesore, de día o de noche, al 844-406-2398 (TTY 711).
Para una emergencia	9-1-1 O vaya a la sala de emergencias más cercana

## Índice

<b>Información de contacto importante .....</b>	<b>3</b>
<b>Le damos la bienvenida al Plan Statewide Medicaid Managed Care de Clear Health Alliance .....</b>	<b>8</b>
<b>Sección 1: Su tarjeta de identificación (ID) del plan .....</b>	<b>9</b>
<b>Sección 2: Su privacidad.....</b>	<b>9</b>
<b>Sección 3: Cómo recibir ayuda de nuestro Servicios para Miembros .....</b>	<b>14</b>
Cómo comunicarse con Servicios para Miembros .....	14
Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario normal .....	14
<b>Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse? .....</b>	<b>14</b>
<b>Sección 5: Cuando su información cambie .....</b>	<b>15</b>
<b>Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid .....</b>	<b>15</b>
Si pierde su elegibilidad para Medicaid.....	16
Si tiene Medicare .....	16
Si va a tener un bebé.....	16
<b>Sección 7: Inscripción en nuestro plan.....</b>	<b>16</b>
Inscripción inicial.....	16
<b>Sección 8: Abandonar nuestro plan (cancelación de la inscripción).....</b>	<b>17</b>
Retiro de nuestro plan (cancelación de la inscripción involuntaria).....	17
<b>Sección 9: Manejo de su atención .....</b>	<b>18</b>
Cambio de administrador de casos.....	18
Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos .....	18
Solicitud para poner sus servicios en espera.....	19
<b>Sección 10: Acceso a servicios .....</b>	<b>19</b>
Proveedores en nuestro plan .....	19
Proveedores que no están en nuestro plan .....	19
Cuándo pagamos por sus servicios dentales.....	20
¿Por cuáles cosas debo pagar? .....	20
Servicios para niños.....	21
Servicios cubiertos por el servicio de prestación de tarifa por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de CHA .....	21
Objeciones morales o religiosas .....	22
<b>Sección 11: Información útil acerca de sus beneficios .....</b>	<b>22</b>

Elección de un proveedor de atención primaria (PCP) .....	22
Elección de un PCP para su hijo.....	22
Atención de un especialista y referencias .....	23
Segundas opiniones .....	23
Atención de urgencia .....	23
Cuidado hospitalario .....	24
Atención de emergencia .....	24
Atención de la salud cuando el consultorio de su PCP está cerrado .....	24
Atención de la salud cuando está fuera de la ciudad.....	25
Cómo abastecer recetas .....	25
Información de la farmacia especializada.....	26
Información de la farmacia de pedido por correo .....	27
Servicios de salud del comportamiento .....	27
Programa de recompensas para miembros.....	28
Programas de control de enfermedades.....	29
Programas de mejora de la calidad .....	30
<b>Sección 12: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada.....</b>	<b>36</b>
Los beneficios de su plan: beneficios ampliados .....	52
<b>Sección 13: Satisfacción de los miembros.....</b>	<b>66</b>
Reclamos, quejas y apelaciones ante el plan .....	66
Apelación rápida ante el plan.....	68
Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid).....	68
Continuación de beneficios para miembros de Medicaid.....	68
<b>Sección 14: Sus derechos como miembro .....</b>	<b>69</b>
<b>Sección 15: Sus obligaciones como miembro .....</b>	<b>70</b>
<b>Sección 16: Otra información importante .....</b>	<b>71</b>
Protección de Indian Health Care Provider (IHCP) .....	71
Plan de desastres para emergencias.....	71
Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid.....	71
Abuso/negligencia/explotación de personas .....	72
Directivas anticipadas .....	72
Evaluación de nueva tecnología en la atención .....	73

Cómo obtener más información .....	73
<b>Sección 17: Recursos adicionales.....</b>	<b>73</b>
Floridahealthfinder.gov .....	73
Unidad de vivienda para adultos mayores .....	74
Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad .....	74
<b>Aviso sobre no discriminación .....</b>	<b>76</b>

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

Clear Health Alliance tiene un contrato con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida (Agencia) para proporcionar servicios de atención de la salud a personas que tienen Medicaid. Este se llama el **Programa Statewide Medicaid Managed Care (SMMC)**. Usted está inscrito en nuestro plan SMMC. Esto significa que le ofreceremos servicios de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores de cuidado médico para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Hay muchos tipos de servicios de Medicaid que usted puede recibir en el programa SMMC. Puede recibir servicios médicos, como visitas al médico, análisis de laboratorio y atención de emergencia, de un plan de **Managed Medical Assistance (MMA)**. Si usted tiene una determinada condición médica, como SIDA, puede recibir atención que esté diseñada para satisfacer sus necesidades en un plan de **Especialidad**.

Este manual será su guía para todos los servicios médicos a su disposición. Puede hacernos cualquier pregunta o recibir ayuda para hacer citas. Si necesita hablar con nosotros, solo tiene que llamarnos al 844-406-2398 (TTY 711).

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

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

Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya a una cita de atención de la salud o al hospital. Nunca le dé su tarjeta de identificación a nadie más para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta, llámenos de modo que podamos darle una nueva tarjeta.

Su tarjeta de identificación se verá así:



## Sección 2: Su privacidad

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Nuestras políticas y protecciones a la privacidad son:

### Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de este aviso.

#### Lea cuidadosamente este aviso. Este le dice:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI segura para nuestros miembros. Eso significa que si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
  - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
  - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
  - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
  - Hacemos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
  - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

### **Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija que ayude o pague por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
  - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que usted necesita
- **Para pago, operaciones de atención de la salud y tratamiento**
  - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención
  - Cuando decimos que pagaremos por la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba (conocido como autorización previa o aprobación previa)
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones de atención de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite [clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html](http://clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html) para obtener más información.
- **Para motivos comerciales de la atención de la salud**
  - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas

- **Para motivos de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su atención**
  - Con su familia o una persona elegida por usted que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien
  - Con alguien que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su atención, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos notas de psicoterapia de su médico sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

#### **Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:**

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

#### **Sus derechos**

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.

- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a atención de la salud, pago, actividades diarias de atención de la salud o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

### **Qué tenemos que hacer**

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Tenemos que decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual si lo pide por motivos que tengan sentido, tal como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Debemos informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

### **Cómo lo contactaremos**

Nosotros, junto con nuestros miembros y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

### **Qué debe hacer si tiene preguntas**

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios para Miembros al 844-406-2398 (TTY 711).

### **Qué debe hacer si tiene un reclamo**

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Miembros o contactarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted presenta un reclamo.

## **Usted puede escribir o llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos:**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Ste. 16T70  
61 Forsyth St. SW  
Atlanta, GA 30303-8909  
Teléfono: 800-368-1019  
TDD: 800-537-7697  
Fax: 404-562-7881

Tenemos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las maneras en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en una carta. También las publicaremos en la web en [clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html](http://clearhealthalliance.com/florida/privacy-policy.html).

### **Raza, origen étnico e idioma**

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

**No** usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

### **Su información personal**

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por motivos del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud.
  - Hábitos.
  - Pasatiempos.
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
  - Médicos.
  - Hospitales.
  - Otras compañías de seguro.

- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 844-406-2398 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Este.

Revisado en marzo de 2021.

1020623FLMSPCHA BV 03/21

### **Sección 3: Cómo recibir ayuda de nuestro Servicios para Miembros**

Nuestro departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarle a elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP para abreviar), averiguar si un servicio está cubierto, obtener referencias, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé y explicar cualquier cambio que pudiese afectarlo a usted o a los beneficios de su familia.

#### **Cómo comunicarse con Servicios para Miembros**

Puede llamarnos al 844-406-2398 o al TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., pero no en los días feriados aprobados por el estado (como Navidad y el Día de Acción de Gracias). Al llamar, asegúrese de tener su tarjeta de identificación (tarjeta de ID) con usted para que podamos ayudarle. (Si pierde su tarjeta de identificación, o si se la roban, llame a Servicios para Miembros).

#### **Cómo comunicarse con Servicios para Miembros fuera del horario normal**

Si llama cuando estamos cerrados, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711). Nuestro personal de enfermería está a su disposición para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### **Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?**

**Si usted no habla inglés**, podemos ayudar. Tenemos personas que nos ayudan a hablar en su idioma. Proporcionamos este servicio gratuitamente.

**Para personas con discapacidades:** Si usted usa una silla de ruedas, o es ciego, o tiene dificultades para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda extra. Podemos decirle si el consultorio de un proveedor tiene acceso para silla de ruedas o si tiene dispositivos para comunicación. Además, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Este ayuda a las personas que tienen dificultades para escuchar o hablar a hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y deles nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. Es 844-406-2398. Ellos lo conectarán con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido) y braille.
- Ayuda para programar o acudir a citas.
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad.

Todos estos servicios le son proporcionados gratuitamente.

### **Sección 5: Cuando su información cambie**

Si alguna de su información personal cambia, infórmenos lo más pronto posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros. Necesitaremos poder comunicarnos con usted acerca de sus necesidades de atención de la salud.

El Departamento de Niños y Familias (DCF) necesita saber cuándo su nombre, dirección, condado o número de teléfono también cambien. Llame al número gratuito del DCF al 866-762-2237 (TTY 800-955-8771) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5:30 p.m. También puede acceder en línea y hacer los cambios a su cuenta de Automated Community Connection to Economic Self Sufficiency (ACCESS) en <https://dcf-access.dcf.state.fl.us/access/index.do>. Si recibe Ingreso de seguridad suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar los cambios. Llame a la línea gratuita de la SSA al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778), de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o acceder en línea y hacer los cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

### **Sección 6: Su elegibilidad para Medicaid**

Usted debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que CHA pague sus servicios médicos y citas de atención de la salud. Esto se denomina tener **elegibilidad para Medicaid**. Si usted recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid al DCF.

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

### **Si pierde su elegibilidad para Medicaid**

Si pierde su Medicaid y lo recupera dentro de 180 días, será inscrito nuevamente en nuestro plan.

### **Si tiene Medicare**

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

### **Si va a tener un bebé**

Si tiene un bebé, él o ella estará cubierto por nosotros en la fecha de nacimiento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que ya tuvo a su bebé y le ayudaremos a garantizar que su bebé esté cubierto y tenga Medicaid inmediatamente.

Es útil informarnos que está embarazada **antes** de que su bebé nazca para garantizar que su bebé tenga Medicaid. Llame al número gratuito del DCF al 866-762-2237 mientras esté embarazada. Llámenos si necesita ayuda para hablar con el DCF. El DCF se asegurará de que su bebé tenga Medicaid desde el día en que nace. Ellos le darán un número de Medicaid para su bebé. Díganos el número de Medicaid del bebé cuando lo reciba.

## **Sección 7: Inscripción en nuestro plan**

### **Inscripción inicial**

Al ingresar por primera vez a nuestro plan, tiene 120 días para probarlo. Si por algún motivo no le gusta, puede inscribirse en otro plan de SMMC en la misma región. Una vez que hayan pasado esos 120 días, está inscrito en nuestro plan por el resto del año. Esto se denomina estar **bloqueado** a un plan. Todos los años que tenga Medicaid y esté en el programa SMMC, tendrá un periodo de inscripción abierta.

### **Periodo de inscripción abierta**

Cada año, tendrá 60 días cuando puede cambiar su plan si lo desea. Esto se denomina **periodo de inscripción abierta**. Su periodo de inscripción abierta se basa en el lugar donde vive en Florida. El Corredor de seguros estatal le enviará una carta para decirle cuándo es su periodo de inscripción abierta.

No tiene que cambiar de plan durante su periodo de inscripción abierta. Si elige abandonar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su periodo de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, estará bloqueado hasta su próximo periodo de inscripción abierta. Puede llamar al Corredor de seguros al 877-711-3662 (TDD 866-467-4970).

## Sección 8: Abandonar nuestro plan (cancelación de la inscripción)

Abandonar un plan se denomina **cancelar la inscripción**. Según la ley, las personas no pueden abandonar o cambiar de plan mientras están bloqueadas excepto por motivos específicos. Si quiere abandonar nuestro plan mientras está bloqueado, llame al Corredor de seguros estatal para ver si se le permitiría cambiar de plan.

Puede abandonar nuestro plan en cualquier momento por el siguiente motivo (también conocido como motivo de **Cancelación de la inscripción por causa justificada**<sup>1</sup>): No cubrimos un servicio debido a motivos morales o religiosos.

También puede abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de quejas y apelación<sup>2</sup>:

- Usted recibe una mala calidad del cuidado médico y la Agencia está de acuerdo con usted después de que hayan examinado sus registros médicos.
- Usted no puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios fueron retrasados sin un motivo justificado.

Si tiene alguna pregunta acerca de si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros al 844-406-2398 (TTY 711) o al Corredor de seguros estatal al 877-711-3662 (TDD 866-467-4970).

### Retiro de nuestro plan (cancelación de la inscripción involuntaria)

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

- Usted pierde su Medicaid.
- Usted se muda fuera del área donde operamos o fuera del Estado de Florida.
- Usted usa incorrectamente su tarjeta de identificación del plan o deja que otra persona use su tarjeta de identificación del plan a sabiendas.
- Usted falsifica o altera recetas.

---

<sup>1</sup> Para ver la lista completa de motivos de Cancelación de la inscripción por causa justificada, consulte la Norma Administrativa de Florida 59G-8.600: [https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED CARE&ID=59G-8.600](https://www.flrules.org/gateway/RuleNo.asp?title=MANAGED+CARE&ID=59G-8.600)

<sup>2</sup> Para mirar cómo se pide una apelación, vaya a la Sección 13, Satisfacción de los miembros, en la página 66.

- Usted o sus cuidadores se comportan de manera que se nos dificulta proporcionarle atención.

Si la Agencia lo retira de nuestro plan debido a que usted violó la ley o debido a su comportamiento, usted no puede regresar al programa SMMC.

## **Sección 9: Manejo de su atención**

Al inscribirse por primera vez en nuestro plan, le enviaremos por correo postal una Evaluación de riesgos de la salud (HRA). Esta es una encuesta de preguntas para que la llene y regrese acerca de su salud y sus opciones de estilo de vida. Sus respuestas ayudan a corresponderlo con los mejores servicios y recursos para ayudar a satisfacer sus necesidades. La HRA también ayuda a identificar riesgos para su salud. Si lo prefiere, CHA puede llamarlo para que complete la HRA por teléfono. También puede completar la HRA en nuestro sitio web para miembros, [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member).

Si tiene una condición médica o enfermedad que requiera apoyo y coordinación adicional, podemos asignarle un administrador de casos para que trabaje con usted. Su administrador de casos le ayudará a obtener los servicios que usted necesita. El administrador de casos trabajará con sus otros proveedores para manejar su atención de la salud. Todos los miembros de CHA son elegibles para manejo de casos o coordinación de la atención.

Si le proporcionamos un administrador de casos y usted no quiere uno, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

Los programas de Manejo de casos incluyen, pero no se limitan a, manejo de casos pediátricos y adultos complejos, manejo posterior a ser dado de alta y manejo de cáncer o problemas del final de la vida. Los programas incluyen educación e información sobre directivas anticipadas.

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

### **Cambio de administrador de casos**

Si quiere elegir un administrador de casos distinto, llame a Servicios para Miembros. Habrá ocasiones en que tendremos que cambiar su administrador de casos. Si tenemos que hacerlo, le enviaremos una carta para informarle y tal vez lo llamemos.

### **Cosas importantes que debe decirle a su administrador de casos**

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

- No le gusta un servicio.

- Tiene inquietudes acerca de un proveedor de servicios.
- Sus servicios no están bien.
- Recibe un nuevo seguro médico.
- Va al hospital o a la sala de emergencias.
- Su cuidador ya no le puede ayudar.
- Su situación de vivienda cambia.
- Su nombre, número de teléfono, dirección o condado cambia.

### **Solicitud para poner sus servicios en espera**

Si algo en su vida cambia y necesita suspender su(s) servicio(s) por un tiempo, dígaselo a su administrador de casos. Su administrador de casos le pedirá que llene y firme un Formulario de consentimiento para suspensión voluntaria para poner su(s) servicio(s) en espera.

### **Sección 10: Acceso a servicios**

Antes de que reciba un servicio o vaya a una cita de atención de la salud, tenemos que asegurarnos de que usted necesita el servicio y que es médicamente correcto para usted. Esto se llama **autorización previa**. Para hacerlo, examinamos su historial médico y la información de su médico u otros proveedores de cuidado médico. Entonces decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Usamos normas de la Agencia para tomar estas decisiones.

### **Proveedores en nuestro plan**

Para la mayor parte, usted debe usar médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que estén en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, terapeutas, hospitales, centros médicos y otros proveedores de cuidado médico con los que trabajamos. Puede elegir de cualquier proveedor en nuestra red de proveedores. Esto se denomina **libertad de elección**. Si usa un proveedor de cuidado médico que no esté en nuestra red, tal vez tenga que pagar por esa cita o ese servicio.

En nuestro directorio de proveedores, encontrará una lista de proveedores que están en nuestra red. Si quiere una copia del directorio de proveedores, llame al 844-406-2398 (TTY 711) para obtener una copia o visite nuestro sitio web en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member).

### **Proveedores que no están en nuestro plan**

Hay algunos servicios que tal vez pueda recibir 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, tales como examen de las mamas, pruebas de detección de cáncer de cuello del útero y atención prenatal.

- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Atención de emergencia.

Si no podemos encontrar un proveedor en nuestra red de proveedores para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestra red. Recuerde chequear primero con nosotros antes de usar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

### **Cuándo pagamos por sus servicios dentales**

Su plan dental cubrirá la mayoría de sus servicios dentales, pero algunos podrían estar cubiertos por CHA. La tabla a continuación le ayudará a entender cuál plan paga por un servicio.

<b>Tipo(s) de servicio(s) dental(es):</b>	<b>El plan dental cubre:</b>	<b>El plan médico cubre:</b>
Servicios dentales	Cubiertos cuando acude a su dentista o higienista dental	Cubiertos cuando acude a su médico o enfermero
Servicios dentales programados en un hospital o centro quirúrgico	Cubiertos para servicios dentales por su dentista	Cubiertos para médicos, enfermeros, hospitales y centros quirúrgicos
Visita al hospital para un problema dental	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Medicamentos recetados para una visita o problema dental	<i>No cubierto</i>	Cubierto
Transporte a su servicio o cita dental	<i>No cubierto</i>	Cubierto

Comuníquese con Servicios para Miembros al 844-406-2398 (TTY 711) si necesita ayuda para coordinar estos servicios.

### **¿Por cuáles cosas debo pagar?**

Tal vez deba pagar por citas o servicios que no están cubiertos. Un servicio cubierto es un servicio que debemos prestarle en el programa Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. No hay copagos para los servicios cubiertos. Recuerde, solo porque un servicio está cubierto, no significa que usted lo necesitará. Tal vez deba pagar por servicios si no los aprobamos primero.

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

## Servicios para niños<sup>3</sup>

Debemos prestar todos los servicios médicamente necesarios para nuestros miembros de 0 a 20 años. Esta es la ley. Esto es cierto incluso si no cubrimos un servicio o si el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios:

- No tienen límites de pago, o
- No tienen límites de tiempo, como límites horarios o diarios.

Su proveedor tal vez necesite pedirnos aprobación antes de prestarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros si quiere saber cómo pedir estos servicios.

### **Servicios cubiertos por el servicio de prestación de tarifa por servicio de Medicaid, no cubiertos a través de CHA**

El programa de tarifa por servicio de Medicaid es responsable por cubrir los siguientes servicios, en lugar de que CHA los cubra:

- Análisis del comportamiento (BA)
- Programa de emparejamiento certificado del Departamento de Salud del Condado (CHD)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para presupuestación de personas con discapacidades del desarrollo (iBudget)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para disautonomía familiar (FD)
- Medicamentos relacionados con el factor hemofílico
- Servicios de centro de atención intermedia para personas con incapacidades intelectuales (ICF/IID)
- Programa de emparejamiento escolar certificado de Medicaid (MCSM)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad modelo
- Servicios de audición para recién nacidos
- Atención pediátrica ampliada recetada
- Programa de emparejamiento del condado para abuso de sustancias

La página web de esta Agencia brinda detalles sobre cada uno de los servicios enumerados arriba y cómo acceder a estos servicios:

[http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy\\_and\\_Quality/Policy/Covered\\_Services\\_HCBS\\_Waivers.shtml](http://ahca.myflorida.com/Medicaid/Policy_and_Quality/Policy/Covered_Services_HCBS_Waivers.shtml).

---

<sup>3</sup> También conocidos como “Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento” o requisitos de “EPSDT”.

## **Objeciones morales o religiosas**

Si no cubrimos un servicio debido a un motivo religioso o moral, le diremos que ese servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al Corredor de seguros estatal al 877-711-3662 (TDD 866-467-4970). El Corredor de seguros le ayudará a encontrar un proveedor para estos servicios.

## **Sección 11: Información útil acerca de sus beneficios**

### **Elección de un proveedor de atención primaria (PCP)**

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

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscribe en nuestro plan es elegir un PCP. Este puede ser un médico, enfermero practicante o asistente médico. Usted se comunicará con su PCP para hacer una cita para servicios tales como chequeos regulares o vacunas o cuando esté enfermo. Su PCP también le ayudará a recibir atención de otros proveedores o especialistas. Esto se conoce como **referencia**. Puede elegir su PCP llamando a Servicios para Miembros.

Puede elegir un PCP distinto para cada familiar o puede elegir un PCP para toda la familia. Si no elige un PCP, asignaremos un PCP para usted y su familia.

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros.

### **Elección de un PCP para su hijo**

Puede escoger un PCP para su bebé antes de que este nazca. Podemos ayudarle con esto llamando a Servicios para Miembros. Si no escoge un PCP para el momento del nacimiento de su bebé, escogeremos uno por usted. Si quiere cambiar el PCP de su bebé, llámenos.

Es importante que seleccione un PCP para su hijo con el fin de asegurarse de que este recibe sus controles médicos pediátricos cada año. Los controles médicos pediátricos son para niños de 0 a 20 años. Estas visitas son revisiones médicas regulares que le ayudan a usted y al PCP de su hijo a saber lo que está sucediendo 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 saludable.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Para obtener más información sobre las pruebas de detección y las evaluaciones que se recomiendan para los niños, consulte las “Recommendations for Preventative Pediatric Health Care – Periodicity Schedule” en [aap.org](http://aap.org).

Puede llevar a su hijo a un pediatra, un proveedor de medicina familiar u otro proveedor de cuidado médico.

No necesita una referencia para los controles médicos pediátricos. Además, estos controles médicos pediátricos no tienen costo.

### **Atención de un especialista y referencias**

A veces, usted tal vez tenga que ver a un proveedor distinto a su PCP para problemas médicos como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Primero debe conversarlo con su PCP. Su PCP lo referirá a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de la atención de la salud.

Si usted tiene un administrador de casos, asegúrese de decirle sobre sus **referencias**. El administrador de casos trabajará con el especialista para darle atención.

### **Segundas opiniones**

Usted tiene derecho a recibir una **segunda opinión** acerca de su atención. 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 podría ayudarlo a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. No hay costo para que usted reciba una segunda opinión.

Su PCP, administrador de casos o Servicios para Miembros puede ayudarle a encontrar un proveedor para darle una segunda opinión. Puede escoger cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita ver a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, debemos aprobarla antes de que lo vea.

### **Atención de urgencia**

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia se necesita cuando usted tiene una lesión o enfermedad que debe ser tratada dentro de 48 horas. Por lo general, su salud o su vida no están en peligro, pero usted no puede esperar a ver a su PCP, o es después de que el consultorio de su PCP haya cerrado.

Si necesita atención de urgencia fuera del horario de atención y no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711). Hay enfermeros a su disposición para responder sus preguntas sobre salud a cualquier hora, de día o de noche.

También puede encontrar el centro de atención de urgencia más cercano a usted llamándonos. Podemos ayudarle a encontrar un centro que le quede cerca. O vea el directorio de proveedores en línea en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member). Elija **Find A Doctor (Encontrar un médico)** y busque centros de atención de urgencia.

## **Cuidado hospitalario**

Si necesita ir al hospital para una cita, una cirugía o una hospitalización de una noche, su PCP la programará. Debemos aprobar servicios en el hospital antes de que usted vaya, excepto por emergencias. No pagaremos por servicios hospitalarios a menos que los aprobemos por anticipado o que sea una emergencia.

Si usted tiene un administrador de casos, este trabajará con usted y su proveedor para poner servicios en práctica cuando se vaya a la casa desde el hospital.

## **Atención de emergencia**

Usted tiene una **emergencia médica** cuando está tan enfermo o herido que su vida o su salud están en peligro si no recibe ayuda médica inmediatamente. Algunos ejemplos son:

- Huesos fracturados
- Hemorragia que no se detiene
- Está embarazada, en trabajo de parto y/o con hemorragia
- Problemas para respirar
- De pronto no puede ver, moverse o hablar

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

**Si su condición es grave, llame al 911 o vaya inmediatamente al centro de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias.** Si no tiene certeza de si es una emergencia, llame a su PCP. Su PCP le dirá lo que debe hacer.

El hospital o centro no tiene que ser parte de nuestra red de proveedores o estar en nuestra área de servicio. Usted tampoco necesita obtener aprobación por anticipado para recibir atención de emergencia o para los servicios que reciba en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de casa, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de decirle a Servicios para Miembros cuando pueda e infórmenos.

## **Atención de la salud cuando el consultorio de su PCP está cerrado**

Excepto en caso de una emergencia o cuando necesite atención que no requiere una referencia, siempre debe llamar **primero** a su PCP antes de recibir atención médica. Si llama al consultorio de su PCP cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono al que se puedan comunicar con usted. Si no es una emergencia, alguien debe devolverle la llamada pronto para decirle lo que tiene que hacer.

Usted también puede:

- Llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711) para hablar con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Usar LiveHealth Online para chatear por video con un médico de atención primaria o de urgencia a cualquier hora, del día o de la noche, para recibir atención rápida para enfermedades leves como resfriados, alergias, la gripe o infecciones.

Si cree que necesita servicios de emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias (ER) más cercana.

### **Atención de la salud cuando está fuera de la ciudad**

- Si necesita servicios de emergencia cuando está fuera de la ciudad, vaya a la ER del hospital más cercano o llame al 911.
- Si necesita atención de urgencia:
  - Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un número de teléfono al que se puedan comunicar con usted. Alguien debe devolverle la llamada dentro de 30 minutos.
  - Siga las instrucciones de su PCP. Le podrían decir que consiga atención inmediatamente.
  - Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711).
- Si necesita atención de rutina como un chequeo o una reposición de una receta:
  - Llame a su PCP.
  - Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 844-406-2398 (TTY 711).

Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

### **Cómo abastecer recetas**

Cubrimos una amplia variedad de medicamentos recetados. Tenemos una lista de medicamentos que cubrimos. Esta lista se conoce como nuestra **Lista de medicamentos preferidos**. Puede encontrar esta lista en nuestro sitio web en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member) o llamando a Servicios para Miembros.

Cubrimos medicamentos **de marca** y **genéricos**. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, pero a menudo son más baratos que los medicamentos de marca. Funcionan igual. A veces, tal vez debamos aprobar el uso de un medicamento de marca antes de que le abastezcan su receta.

Tenemos farmacias en nuestra red de proveedores. Puede abastecer su receta en cualquier farmacia que esté en nuestra red de proveedores. Asegúrese de llevar con usted su tarjeta de identificación del plan a la farmacia.

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

### **Información de la farmacia especializada**

Algunos medicamentos especializados requieren manejo especial y tal vez las droguerías locales no los tienen en inventario. CHA se asocia con la Farmacia especializada de IngenioRx como la farmacia preferida para proporcionarle sus medicamentos especializados. La Farmacia especializada de IngenioRx tiene la experiencia para manejar su(s) medicamento(s) especializado(s), además de:

- Farmacéuticos y enfermeros para responder sus preguntas.
- Entrega segura, a tiempo y gratuita directamente a su casa de lunes a viernes a la hora que le sea más conveniente.
- Otras opciones de entrega, tales como a su oficina, al consultorio del proveedor o a una Farmacia de CVS local.
- Empaques especiales con control de temperatura si sus medicamentos lo requieren.
- Llamadas de recordatorio cuando sea hora de reponer sus medicamentos.
- La capacidad de permitirle reponer sus medicamentos en línea. Solo tiene que iniciar sesión en su cuenta en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member) o llamar a Servicios de Farmacia para Miembros las 24 horas, los 7 días de la semana al 833-235-2028 para recibir ayuda.
- Agujas y jeringas enviadas automáticamente si las necesita para tomar sus medicamentos.
- Ayuda para rastrear información acerca de los medicamentos que usted toma para verificar que sea seguro tomarlos juntos.

Usted o su proveedor puede llamar a la Farmacia especializada de IngenioRx al 833-255-0646 (TTY 711). Su proveedor también puede enviar su receta por fax al 833-263-2871 o enviar recetas de manera electrónica.

La Farmacia especializada de IngenioRx es nuestra farmacia especializada preferida. Usted no tiene que usar la Farmacia especializada de IngenioRx. Puede ir a cualquier farmacia de la red de CHA para conseguir sus medicamentos especializados. Busque una farmacia en línea en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member). Vaya a la página **Find A Doctor (Encontrar un médico)** y vea el directorio de proveedores o elija “Search now (Buscar ahora)” para buscar una farmacia local. O puede llamar a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar una que le quede cerca.

### **Información de la farmacia de pedido por correo**

CHA se asocia con la Farmacia de pedido por correo de IngenioRx para brindarle una entrega a domicilio gratuita y segura de sus medicamentos recetados de mantenimiento que usted podría abastecer en una farmacia minorista local.

Su proveedor puede enviarle su receta a la Farmacia de pedido por correo de IngenioRx en una de estas formas:

- Por fax al 800-378-0323.
- Por teléfono llamando al 833-203-1742.
- Por medio de envío electrónico.

Usted puede solicitar reposiciones de sus medicamentos de pedido por correo llamando a Servicios de Farmacia para Miembros las 24 horas, los 7 días de la semana al 833-235-2028, iniciando sesión en su cuenta en [clearhealthalliance.com/member](https://www.clearhealthalliance.com/member), <https://www.clearhealthalliance.com/florida/home.html>, o usando el formulario de reposición en el sitio web.

### **Servicios de salud del comportamiento**

Hay ocasiones en que tal vez necesite hablar con un terapeuta o consejero, por ejemplo, si está experimentando alguno de los siguientes sentimientos o problemas:

- Siempre se siente triste
- No quiere hacer las cosas que disfrutaba hacer
- Se siente inútil
- Tiene problemas para dormir
- No tiene ganas de comer
- Abuso de alcohol o drogas
- Problemas en su matrimonio
- Inquietudes de crianza de los hijos

Cubrimos muchos tipos distintos de servicios de salud del comportamiento que pueden ayudar con problemas que tal vez esté enfrentando. Puede llamar a un proveedor de salud del comportamiento para una cita. Puede recibir ayuda para encontrar un proveedor de salud del comportamiento:

- Llamando a Servicios para Miembros al 844-406-2398 o llamando a Beacon al 844-280-9633.
- Buscando en nuestro directorio de proveedores.
- Accediendo a nuestro sitio web en [clearhealthalliance.com/member](https://www.clearhealthalliance.com/member), o accediendo a [beaconhealthoptions.com](https://www.beaconhealthoptions.com).

Alguna persona está a su disposición para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesita una referencia de su PCP para obtener servicios de salud del comportamiento.

**Si está pensando en lastimarse o lastimar a otra persona, llame al 911.** También puede ir a la sala de emergencias o centro de estabilización de crisis más cercano, incluso si está fuera de nuestra área de servicio. Una vez que esté en un lugar seguro, llame a su PCP si puede. Dé seguimiento con su proveedor dentro de 24 a 48 horas. Si recibe atención de emergencia fuera del área de servicio, haremos planes para transferirlo a un hospital o proveedor que esté en la red de nuestro plan una vez que esté estable.

### **Programa de recompensas para miembros**

Ofrecemos programas para ayudar a mantenerlo sano y llevar una vida más saludable (como bajar de peso o dejar de fumar). Los denominamos **programas de comportamientos saludables**. Usted puede ganar recompensas mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas:

Programa de recompensas de Healthy Behaviors (comportamientos saludables)

Lo apoyaremos y recompensaremos por tomar pasos para estar y mantenerse saludable a través de nuestro programa de recompensas de Healthy Behaviors (comportamientos saludables). Ofrecemos estos programas a nuestros miembros que quieren dejar de fumar, manejar su peso, abordar cualquier problema de abuso, tener un bebé o mantener a sus hijos saludables.

Podemos ayudar a los miembros a planear y establecer metas para estos temas:

- Tratamiento para el abuso de alcohol y sustancias: ayuda y apoyo a través de telesalud y/o visitas en persona
- Servicios para dejar de fumar: ayuda y apoyo a través de orientación y participación en grupos comunitarios
- Manejo del peso: ayuda y apoyo de su proveedor para tomar buenas decisiones sobre ejercicios y alimentación
- Maternidad: ayuda y apoyo de su médico y administrador de casos para tener un embarazo saludable y un bebé saludable
- Controles médicos pediátricos: ayuda y apoyo de los médicos del niño para mantener una buena salud.

Hay programas aparte bajo cada tema en los que puede ingresar con distintas metas a alcanzar. A través de cada programa, obtendrá consejos, ayuda y apoyo de su proveedor y su administrador de casos. Al ingresar y alcanzar las metas de un programa en un plazo de 12 meses, recibirá una tarjeta de regalo de recompensa.

Su médico o un administrador de casos puede referirlo a uno o más de estos programas. Usted también puede autoreferirse. Para ingresar a un programa, usted deberá completar el formulario de inscripción de cada programa al que

está interesado en ingresar. Puede encontrar descripciones completas de cada programa de recompensas de Healthy Behaviors (comportamientos saludables), junto con los formularios de inscripción y del programa en el sitio web para miembros, [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member). También puede inscribirse al visitar su página de **Benefits (Beneficios)** en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member). Desde ahí, puede iniciar sesión en su Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) y visitar el portal del programa de recompensas de Healthy Behaviors (comportamientos saludables).

Si quiere saber más, envíe un correo electrónico a [HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com](mailto:HealthyBehaviors@simplyhealthcareplans.com) o llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que no se pueden transferir las recompensas. Si abandona nuestro plan por más de 180 días, tal vez no reciba su recompensa. Si tiene preguntas o quiere unirse a cualquiera de estos programas, llámenos al 844-406-2398 (TTY 711).

### **Programas de control de enfermedades**

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

- Cáncer
- Diabetes
- Asma
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Salud del comportamiento
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Trastorno depresivo complejo: adultos
- Trastorno depresivo complejo: niños/adolescentes
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias
- VIH/SIDA

Si usted está viviendo con el VIH/SIDA, se le pedirá que participe en el programa de manejo de casos y control de enfermedades de VIH/SIDA de CHA. Su administrador de casos de CHA trabajará con usted para manejar su afección y cualquier otra afección que tenga. Usted puede elegir no participar en el programa y puede unirse a otro programa de Control de enfermedades o elegir recibir ayuda de coordinación de la atención según la necesite. En algunos casos, tal como embarazo, su administrador de casos trabajará con otro administrador de casos mientras usted esté en otro programa especializado. Ellos le ayudarán a asegurarse de que usted reciba la mejor atención para sus afecciones.

Para problemas de cáncer o final de la vida, incluyendo información sobre directivas anticipadas, nuestro equipo de Manejo de casos tiene programas e información para ayudarle. Habla con su administrador de casos para que le ayude con estos problemas.

## Programa Healthy Families

Healthy Families (Familias saludables) es un programa de seis meses para miembros de 7 a 17 años, diseñado para ayudar a las familias con hábitos de alimentación más sanos y a que estén más activos. Para los niños que califiquen, los padres recibirán llamadas telefónicas de orientación personalizadas con nosotros para:

- Crear metas de salud específicamente para su hijo que sean claras y que este pueda cumplir.
- Hacer un plan para alcanzar esas metas.
- Hablar acerca de estar y mantenerse activo y opciones de alimentos saludables.
- Encontrar recursos para apoyar una vida saludable en su área.
- Averiguar si su plan médico tiene beneficios adicionales para ayudar a tener una vida más saludable.

Para obtener más información o para inscribirse en el programa, llámenos al 844-421-5661 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Le haremos algunas preguntas acerca de la salud de su hijo para ver si califica.

## Programas de mejora de la calidad

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

### Programa CARES

El programa CARES de CHA es un programa de manejo de casos de salud del comportamiento basado en el campo para miembros con trastornos de salud del comportamiento y abuso de sustancias. Queremos asegurarnos de que usted esté recibiendo la atención y el apoyo que necesita si no podemos comunicarnos con usted por teléfono. En este programa, usted recibe ayuda en persona de un administrador de casos con situaciones como asegurarse de que está tomando sus medicamentos y recibiendo atención de seguimiento. Esto garantiza que usted reciba el tratamiento, el bienestar y los servicios de recuperación que necesita para apoyar su plan de salud.

Para preguntas sobre el programa, hable con su administrador de casos de salud del comportamiento o llame a Servicios para Miembros.

### Programa Rising Star

Algunos días son mejores que otros cuando usted tiene una afección de salud del comportamiento. Como miembro del programa Rising Star (Estrella naciente), usted puede recibir atención personalizada de un equipo de personas que lo conoce a usted y conoce su historial y pueden ayudarlo. Este equipo incluye un hospital principal, un psiquiatra y un administrador de casos de salud del comportamiento de CHA. Su administrador de casos trabaja con usted, su hospital principal, su psiquiatra y su farmacéutico en un plan para que usted esté y se mantenga saludable. Si califica, puede elegir participar en el programa; no es requerido.

Para preguntas sobre el programa, hable con su administrador de casos de salud del comportamiento o llame a Servicios para Miembros.

### Programas para niños

Ofrecemos programas para ayudarle a recibir la atención que necesita para su hijo. Hay clínicas escolares abiertas en ubicaciones selectas para facilitarle el recibir servicios de atención de la salud para su hijo. Los niños de hasta 5 años son referidos al programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de Florida para que los ayuden a satisfacer sus necesidades nutricionales.

Si su hijo está atrasado en los controles médicos pediátricos y vacunas, tal vez reciba una llamada telefónica o una carta para recordarle que programe una visita. Si necesita ayuda para hacer una visita o conseguir un traslado a la visita, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudar.

### Violencia doméstica

La violencia doméstica es abuso. El abuso no es saludable ni seguro. Nunca está bien que alguien lo lastime o lo asuste. La violencia doméstica ocasiona perjuicios y daños a propósito. La violencia doméstica en casa puede afectarlo a usted y a su familia. Si cree que es víctima de abuso, dígaselo a su médico o a su administrador de casos. Podemos ayudarle. También ofrecemos visitas a domicilio a través del programa Healthy Start para madres embarazadas que podrían tener temor de estar en casa o que estén enfrentando violencia doméstica.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si lo hieren, llame a su PCP. Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia.
- Tenga un plan sobre cómo puede llegar a un lugar seguro, como un refugio para mujeres o la casa de un amigo o pariente.
- Empaque una bolsa pequeña y déselo a una amiga para que la guarde hasta que usted la necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a:

- Servicios para Miembros al número gratuito 844-406-2398 (TTY 711); siga las indicaciones de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas.
- Línea directa nacional de violencia doméstica al 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).
- Línea directa contra el abuso al 800-96-ABUSE.

### Prevención del embarazo

CHA brinda varias herramientas para ayudar a las miembros a dar pasos importantes para mantenerse saludables. Esto es ya sea si está pensando en tener un bebé, intentar tener un bebé o si aún no está lista para tener un bebé. Usted tiene acceso a muchos materiales sobre salud reproductiva y bienestar que hablan acerca de métodos

anticonceptivos y planificación familiar. Si desea información sobre planificación familiar, hable con su médico, visite el departamento de salud de su condado o llame a Servicios para Miembros.

### Programas relacionados con el embarazo

Si está embarazada o intentando embarazarse, CHA brinda información sobre cómo prepararse y cómo mantenerse saludable a lo largo de su embarazo. Puede obtener información acerca de salud antes de la concepción, la importancia de la atención prenatal, el cuidado de posparto, el espaciamiento entre nacimientos y temas de salud críticos. Si está embarazada, recibirá una llamada que le hace preguntas importantes sobre su salud y su embarazo. Es importante que responda estas preguntas de modo que CHA pueda ayudarle y ajustar un programa especialmente para usted. Recibirá llamadas que le dicen lo que debe esperar en cada etapa de su embarazo. También recibirá recordatorios sobre visitas prenatales, visitas posparto, controles médicos pediátricos y más. CHA tiene administradores de casos que se especializan en el embarazo y están a su disposición.

### Programa Taking Care of Baby and Me®

Nuestro programa para todas las miembros embarazadas se denomina Taking Care of Baby and Me (Cuidando de Mí y de Mi Bebé). Es muy importante que acuda a su proveedor de atención primaria (PCP) u obstetra o ginecólogo (OB-GYN) para atención cuando esté embarazada. Esta clase de atención se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal es importante cada vez que esté embarazada. Con nuestro programa, las miembros tienen acceso a información de salud y tal vez reciban incentivos por acudir a sus citas. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud e incentivos por recibir cuidado prenatal y de posparto (después de dar a luz). Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complejas de atención de la salud. Enfermeros administradores de casos trabajan conjuntamente con estas miembros para brindar:

- Educación
- Apoyo emocional
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad, tal como transporte, el Para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y asesoramiento.

Nuestros enfermeros también trabajan con los médicos y ayudan con otros servicios que puedan necesitar las miembros. El objetivo es promover una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

### Servicios de doula

Las miembros embarazadas y las nuevas madres pueden beneficiarse de apoyo físico, emocional y educativo de parte de una doula antes, durante y después de dar a luz. Una doula, denominada también entrenadora de parto, acompañante de parto,

sustentadora posterior al parto, puede ayudar a las miembros embarazadas y a las miembros que son nuevas mamás a:

- Conectarse con recursos comunitarios como:
  - WIC
  - Healthy Start
  - Bancos de pañales
  - Despensas de alimentos
- Sentir que las escuchan y escuchan sus necesidades.
- Tomar decisiones informadas a través de educación.
- Crear su plan de parto.
- Apoyar su experiencia de parto.
- Reducir:
  - Su probabilidad de un parto por cesárea.
  - La duración del trabajo de parto.
  - La necesidad de medicamentos para el dolor.
  - Las probabilidades de un parto prematuro.
- Tener un cambio más fácil hacia la maternidad.

My Advocate®: atención de calidad para usted y su bebé

En CHA, queremos darle la mejor atención posible durante su embarazo. Es por eso que la invitamos a inscribirse en My Advocate, el cual es parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me. My Advocate le proporciona la información y el apoyo que necesita para mantenerse sana durante su embarazo. My Advocate ofrece educación sobre salud materna por teléfono, web y aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Si elige la versión telefónica, conocerá a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate. Mary Beth responderá a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. Usted puede contar con:

- Educación que puede usar.
- Comunicación con su administrador de casos basada en mensajería de My Advocate si tiene preguntas o problemas.
- Un programa fácil de comunicaciones.
- Sin costo para usted.

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Habrá una llamada importante de examen médico de diagnóstico seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas. Si nos dice que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de casos en 1 a 2 días hábiles. Los temas de My Advocate incluyen:

- Embarazo
- Cuidado de posparto

- Controles de salud para niños

Si cree que está embarazada:

- Llame a su PCP o proveedor ginecólogo obstetra de inmediato. Si no tiene un ginecólogo obstetra, podemos ayudarla a encontrar uno en la red de CHA. No necesita una referencia de su PCP para ver a un ginecólogo obstetra. Su ginecólogo obstetra debe verla en un plazo de dos semanas.

Cuando se entere de que está embarazada:

- Llame a Servicios para Miembros y a su asistente social del Departamento de Niños y Familias (DCF).
  - Esto ayudará a que su bebé reciba beneficios de atención de la salud de CHA cuando nazca. Usted deberá elegir un PCP para su bebé en su último trimestre. Si no elige uno durante este tiempo, le elegiremos uno.
- Visite nuestra página de **Pregnancy and Women's Health (Embarazo y salud de la mujer)** en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member) para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse sana usted y a su bebé. Si quiere recibir información sobre el embarazo por correo, llame a Servicios para Miembros.

Mientras está embarazada:

- Necesita cuidar muy bien su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa WIC si califica para Medicaid. Llame a Servicios para Miembros para saber el programa WIC que le quede más cerca.
- Debe visitar a su PCP o ginecólogo obstetra a menudo. Su PCP o ginecólogo obstetra y su paquete de educación para el embarazo le dirán la frecuencia.

Cuando tenga a un nuevo bebé:

- Usted y su bebé pueden tener que quedarse en el hospital por lo menos 48 horas después de un parto vaginal o 72 horas después de una cesárea. Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en casa en 48 horas.
- CHA paga por circuncisiones electivas para miembros recién nacidos hasta de 28 días de nacidos. La circuncisión será un beneficio único de por vida.

Después de tener a su bebé:

- Debe llamar a Servicios para Miembros de CHA para informarle a su administrador de cuidados médicos que usted tuvo su bebé. Necesitaremos detalles sobre su bebé. Podemos ayudarle a escoger un PCP para su bebé si aún no escogido uno antes de que naciera.
- Debe llamar a su asistente social del DCF. Si no desea que el bebé se convierta en miembro, debe llamar a un Agente de seguros al número gratuito 877-711-3662 (TTY 866-467-4970) para escoger un plan médico distinto para el bebé.
- Aún recibirá llamadas de promoción de la salud mientras esté inscrita en el programa por hasta 12 semanas si se inscribió en My Advocate durante su embarazo.
- Programe una visita a su PCP o ginecólogo obstetra para hacerse un chequeo posparto. Esto es muy importante para garantizar que esté sanando bien. Esta visita debe tener lugar entre 7 a 84 días después del parto.
  - Si dio a luz por cesárea, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que regrese para un chequeo posterior a la cirugía de dos semanas. Esto no se considera un chequeo posparto. Aún deberá regresar y ver a su proveedor en un plazo de 7 a 84 días después del parto para su chequeo posparto.

Si necesita ayuda para hacer sus citas para sus visitas prenatales o posparto o si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudar.

### Servicios de Healthy Start

CHA se asocia con la Healthy Start Coalition para asegurarse de que tenga un embarazo saludable y un bebé saludable. Healthy Start ofrece clases sobre:

- Cómo tener un embarazo saludable
- Comer bien mientras está embarazada
- Cómo dejar de fumar
- Cómo cuidar a su bebé
- Planificación familiar
- Nacimiento
- Ser padres

Para encontrar servicios de Healthy Start cerca de usted, llame a Servicios para Miembros o visite [healthystartflorida.com/about-us/coalition-map](http://healthystartflorida.com/about-us/coalition-map).

## Evaluación y asesoramiento nutricional

Las miembros que están embarazadas o que están posparto y los niños desde el nacimiento hasta los 5 años pueden recibir una evaluación nutricional, asesoramiento y referencias al programa WIC de Florida. Su médico evaluará sus hábitos de alimentación, la educará sobre alternativas a la leche materna y le dará asesoramiento dietético personalizado y un plan de salud de nutrición. Usted debe recibir una copia de las referencias a WIC que hace su médico.

CHA también proporciona un programa de Diabetes gestacional para mujeres que han recibido un diagnóstico de diabetes gestacional y tal vez necesiten más apoyo para comer correctamente.

Su administrador de casos puede ayudarle con estos servicios. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir materiales de educación sobre salud sobre estos temas.

También tiene derecho a contarnos sobre cambios que piensa que debemos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para darnos sus ideas, llame a Servicios para Miembros.

## **Sección 12: Los beneficios de su plan: Servicios de asistencia médica administrada**

El cuadro a continuación enumera los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Recuerde, tal vez necesite una referencia de su PCP o aprobación nuestra antes de ir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que los paguemos<sup>5</sup>.

Puede haber algunos servicios que no cubramos, pero que podrían estar aún cubiertos por Medicaid. Para averiguar sobre estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de Medicaid de la Agencia al 877-254-1055. Si necesita un traslado a cualquier estos servicios, podemos ayudarle. Puede llamar al 844-406-2398 (TTY 711) para programar un traslado.

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

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

---

<sup>5</sup> Puede encontrar la definición de Necesidad médica en [http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G\\_1010\\_Definitions.pdf](http://ahca.myflorida.com/medicaid/review/General/59G_1010_Definitions.pdf).

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Adicciones que reciben servicios prestados en un centro	Servicios usados para ayudar a las personas que están enfrentando una adicción a drogas o alcohol	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios para alergias	Servicios para tratar afecciones tales como estornudar o erupciones que no son producidas por una enfermedad	Cubrimos pruebas de alergia en sangre o la piel médicamente necesarias y hasta 156 dosis por año de inyecciones para las alergias.	No requerida
Servicios de transporte en ambulancia	Cuando necesite atención de emergencia mientras lo transportan al hospital o apoyo especial cuando lo transporten entre centros	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida para servicios de transporte para situaciones que no sean emergencias
Servicios de desintoxicación ambulatorios	Servicios prestados para personas que están dejando de usar drogas o alcohol	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Cirugía y otros procedimientos que son realizados en un centro que no sea el hospital (ambulatorio)	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Puede requerirse
Servicios de anestesia	Servicios para evitar que sienta dolor durante cirugías u otros procedimientos médicos	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida
Servicios de cuidado asistido	Servicios prestados para ayudar a adultos (de 18 años en adelante) con actividades de la vida diaria y tomar medicamentos	Cubrimos 365/366 días de servicios por año, como médicamente necesarios.	Requerida
Servicios de evaluación de	Servicios usados para detectar o diagnosticar enfermedades	Cubrimos, según sean médicamente necesarios:	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
la salud del comportamiento	mentales y trastornos de salud del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial por año</li> <li>- Una reevaluación por año</li> <li>- Hasta 150 minutos de evaluaciones breves del estado de salud del comportamiento (no más de 30 minutos en un solo día)</li> </ul>	
Servicios superpuestos de salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento prestados a niños (0 a 18 años) inscritos en un programa del DCF	Cubrimos 365/366 días de servicios médicamente necesarios por año, incluyendo terapia, servicios de apoyo y planificación después de la atención.	Requerida
Servicios cardiovasculares	Servicios que tratan el corazón y el sistema circulatorio (vasos sanguíneos)	<p>Cubrimos lo siguiente según sea recetado por su médico, cuando sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas cardiacas</li> <li>- Procedimientos quirúrgicos cardiacos</li> <li>- Dispositivos cardiacos</li> </ul>	Se puede requerir para pruebas cardiacas y procedimientos quirúrgicos
Administración de casos dirigida de servicios de salud para niños	<p>Servicios prestados a niños (0 a 3 años) para ayudarlos a recibir atención de la salud y otros servicios</p> <p>O</p> <p>Servicios prestados a niños (0 a 20 años) que usan servicios de tutela temporal médica</p>	<p>Su hijo debe estar inscrito en el programa Early Steps (Primeros pasos) del DOH</p> <p>O</p> <p>Su hijo debe estar recibiendo servicios de tutela temporal médica.</p>	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de quiropráctica	Diagnóstico y tratamiento manipulador de desajustes de las articulaciones, particularmente la columna vertebral, lo que puede causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: - 24 visitas del paciente por año, por miembro - Radiografías	No requerida
Servicios clínicos	Servicios médicos prestados en un departamento de salud del condado, centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural	Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios integrales basados en la comunidad	Servicios prestados por un equipo de salud mental a niños que están en riesgo de ir a un centro de tratamiento de salud mental	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios de la unidad de estabilización de crisis	Servicios de salud mental de emergencia que son realizados en un centro que no es un hospital regular	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	No requerida
Servicios de diálisis	Atención médica, pruebas y otros tratamientos para los riñones. Este servicio también incluye suministros para diálisis y otros suministros que ayudan a tratar los riñones.	Cubrimos lo siguiente según sea recetado por su médico tratante, cuando sea médicamente necesario: - Tratamientos de hemodiálisis - Tratamientos de diálisis peritoneal	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de centro de acogida	Servicios prestados en un centro que ayuda a los indigentes a obtener tratamiento o vivienda	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Equipo médico duradero y servicios de suministros médicos	Usados para manejar y tratar una afección, enfermedad o lesión  El equipo médico duradero se usa una y otra vez, como sillas de ruedas, férulas, muletas y otros artículos.	Cubiertos según sean médicamente necesarios, aplican algunos límites de servicio y edad. Para obtener más información, llame al 844-406-2398 (TTY 711).	Requerida
	Los suministros médicos son artículos diseñados para un solo uso y luego son descartados, como vendajes, guantes y otros artículos.		
Servicios de intervención temprana	Servicios para niños de 0 a 3 años que tienen retrasos del desarrollo y otras afecciones	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial de por vida, completada por un equipo</li> <li>- Hasta 3 exámenes médicos por año</li> <li>- Hasta 3 evaluaciones de seguimiento por año</li> <li>- Hasta 2 sesiones de entrenamiento o apoyo por semana</li> </ul>	No requerida
Servicios de transporte de emergencia	Transporte proporcionado por ambulancia terrestre o aérea (helicóptero o avión) para llevarlo a un hospital debido a una emergencia	Cubiertos según sean médicamente necesarios.	Requerida para ambulancias aéreas

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de evaluación y manejo	Servicios para visitas al médico para mantenerse saludable y prevenir o tratar enfermedades	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un examen médico de diagnóstico (chequeo) para adulto por año</li> <li>- Los controles médicos pediátricos se proporcionan con base en la edad y las necesidades del desarrollo</li> </ul>	No requerida
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una visita por mes para personas que viven en centros de enfermería</li> <li>- Hasta dos visitas al consultorio por mes para adultos para tratar enfermedades o afecciones</li> </ul>	
Servicios de terapia familiar	Servicios para que las familias tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 26 horas por año</li> </ul>	No requerida
Entrenamiento y asesoramiento familiar para el desarrollo infantil	Servicios para apoyar a una familia durante el tratamiento de salud mental de su hijo	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios gastrointestinales	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades del estómago o el sistema digestivo	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios genitourinarios	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades de los genitales o el sistema urinario	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de terapia de grupo	Servicios para que un grupo de personas tengan sesiones de terapia con un profesional de salud mental	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 39 horas por año</li> </ul>	No requerida
Servicios de audición	Pruebas de audición, tratamientos y suministros que ayudan a diagnosticar o tratar problemas con su audición. Esto incluye audífonos y reparaciones.	Cubrimos pruebas de audición y lo siguiente según sea recetado por su médico, cuando sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantes cocleares</li> <li>- Un audífono nuevo por oído, una vez cada 3 años</li> <li>- Reparaciones</li> </ul>	Requerida para implantes cocleares y audífonos fijados al hueso
Servicios de salud a domicilio	Servicios de enfermería y asistencia médica prestados en su casa para ayudarle a manejar o recuperarse de una condición médica, enfermedad o lesión	Cubrimos, cuando sean médicamente necesarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 4 visitas por día para receptoras embarazadas y receptores de 0 a 20 años</li> <li>- Hasta 3 visitas por día para todos los otros receptores</li> </ul>	Requerida
Servicios para enfermos terminales	Servicios de atención médica, tratamiento y apoyo emocional para personas que tienen enfermedades terminales o que están al final de sus vidas para ayudar a mantenerlas cómodas y sin dolor. También hay disponibles servicios de apoyo para familiares o cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubiertos según sean médicamente necesarios</li> <li>- Copago: Vea la información sobre Responsabilidad del paciente para información de copago; tal vez tenga responsabilidad de paciente para servicios para enfermos terminales ya sea que viva en casa, en un centro médico o en un centro de enfermería</li> </ul>	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de terapia individual	Servicios para que las personas tengan sesiones de terapia en persona con un profesional de salud mental	Cubrimos, cuando sean médicamente necesarias: - Hasta 26 horas por año	No requerida
Servicios de pruebas anteriores y posteriores de salud mental para infantes	Servicios de pruebas por parte de un profesional de salud mental con entrenamiento especial en infantes y niños pequeños	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Atención médica que recibe mientras está en el hospital. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se use para tratarlo.	Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados con base en la edad y situación, cuando sean médicamente necesarios: - Hasta 365/366 días para receptores de 0 a 20 años - Hasta 45 días para todos los otros receptores (se cubren días adicionales para emergencias)	Requerida para admisiones como paciente hospitalizado electivas
Servicios integumentarios	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, dolencias o enfermedades de la piel	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requiere una referencia de su PCP
Servicios de laboratorio	Servicios que analizan la sangre, orina, saliva y otros elementos del cuerpo para ver si hay afecciones, dolencias o enfermedades	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida para estudios genéticos
Servicios de tutela temporal médica	Servicios que ayudan a niños con problemas de salud que viven	Debe estar bajo custodia del Departamento de Niños y Familias	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
	en hogares de tutela temporal		
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Servicios usados para ayudar a las personas que están enfrentando una adicción a drogas	Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios de administración de medicamentos	Servicios para ayudar a las personas a entender y tomar las mejores decisiones para tomar medicamentos	Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios del programa de hospitalización parcial para salud mental	Tratamiento proporcionado por más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de enfermedad mental	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Administración de casos dirigida de salud mental	Servicios para ayudar a recibir atención de la salud médica y del comportamiento para personas con enfermedades mentales	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida
Servicios móviles de evaluación e intervención para crisis	Un equipo de profesionales de atención de la salud que prestan servicios de salud mental de emergencia, por lo general en las casas de las personas	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios de neurología	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, dolencias o enfermedades del cerebro, la columna vertebral o el sistema nervioso	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de transporte que no sea de emergencia	Transporte hacia y desde todas sus citas médicas mediante autobús, camioneta accesible para personas con discapacidades, taxi u otras clases de vehículos	Cubrimos los siguientes servicios para receptores que no tienen transporte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traslados fuera del estado</li> <li>- Transferencias entre hospitales o centros médicos</li> <li>- Acompañantes cuando sean médicamente necesarios</li> </ul>	Requiere autorización previa para traslados fuera del estado y transferencias entre hospitales o centros médicos
Servicios prestados en un centro de enfermería	Atención médica o de enfermería que recibe mientras vive a tiempo completo en un centro de enfermería. Puede ser una estadía de rehabilitación de corto plazo o largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubrimos 365/366 días de servicios en centros de enfermería según sean médicamente necesarios</li> <li>- Copago: Vea información sobre Responsabilidad del paciente para información de copago para alojamiento y comidas</li> </ul>	Requerida
Servicios de terapia ocupacional	Tratamientos que le ayudan a hacer cosas en su vida diaria, como escribir, alimentarse y usar artículos por su casa	Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos bajo el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial por año</li> <li>- Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>- Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años</li> </ul>	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
		Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluaciones se seguimiento para silla de ruedas, una a la entrega y una 6 meses después</li> </ul>	
Servicios de cirugía oral	Servicios que proporcionan extracciones dentales y tratan otras condiciones, dolencias o enfermedades de la boca y la cavidad oral	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Puede requerirse
Servicios ortopédicos	Servicios para diagnosticar o tratar afecciones, dolencias o enfermedades de los huesos y las articulaciones	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Atención médica mientras está en el hospital, pero no se queda por la noche. Esto puede incluir cualquier prueba, medicamento, terapia y tratamiento, visitas de médicos y equipo que se use para tratarlo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios</li> <li>- Los servicios que no sean de emergencia no pueden costar más de \$1,500 por año para receptores de 21 años en adelante</li> </ul>	Requerida para servicios que no sean de emergencia
Servicios para el manejo del dolor	Tratamientos para dolor duradero que no mejora después de que se hayan prestado otros servicios	Cubiertos según sean médicamente necesarios. Pueden aplicar algunos límites de servicio.	Requerida
Servicios de hospitalización parcial	Servicios para personas que abandonan un hospital para tratamiento de salud mental	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de terapia física	Ejercicios, estiramiento y otros tratamientos para ayudar a su cuerpo a fortalecerse y sentirse mejor después de una lesión o enfermedad o debido a una condición médica	<p>Cubrimos para niños de 0 a 20 años y para adultos bajo el límite de \$1,500 para servicios ambulatorios, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial por año</li> <li>- Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>- Una evaluación inicial de silla de ruedas cada 5 años</li> </ul> <p>Cubrimos para personas de todas las edades, según sea médicamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluaciones se seguimiento para silla de ruedas, una a la entrega y una 6 meses después</li> </ul>	Requerida
Servicios de podología	Atención médica y otros tratamientos para los pies	<p>Cubrimos, según sean médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 24 visitas al consultorio por año</li> <li>- Atención de los pies y las uñas</li> <li>- Radiografías y otras imágenes para los pies, los tobillos y la parte inferior de las piernas</li> <li>- Cirugía en los pies, los tobillos o la parte inferior de las piernas</li> </ul>	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de medicamentos recetados	Este servicio es para medicamentos que le son recetados por un médico u otro proveedor de cuidado médico	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta un suministro para 34 días de medicamentos, por receta</li> <li>- Hasta dos suministros de emergencia de 72 horas por receta en un plazo de 30 días consecutivos</li> <li>- Reposiciones, según lo recetado</li> </ul>	Requerida para algunos medicamentos. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
Servicios de enfermería privada	Servicios de enfermería prestados en casa para personas de 0 a 20 años que necesitan atención constante	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 24 horas por día</li> </ul>	Requerida
Servicios hospitalarios especializados psiquiátricos	Servicios de salud mental de emergencia que son realizados en un centro que no es un hospital regular	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	No requerida
Servicios de pruebas psicológicas	Pruebas usadas para detectar o diagnosticar problemas con la memoria, el IQ u otras áreas	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 horas de pruebas psicológicas por año</li> </ul>	Requerida
Servicios de rehabilitación psicosocial	Servicios para ayudar a personas a reingresar a la vida diaria, como ayuda con actividades básicas (cocinar, manejar dinero, realizar tareas domésticas)	Cubrimos, según sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 480 horas por año</li> </ul>	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de radiología y medicina nuclear	Servicios que incluyen imágenes tales como radiografías, exámenes de imágenes por resonancia magnética (MRI), escaneos TAC y radiografías portátiles	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Puede requerirse
Servicios de centro regional de cuidados intensivos perinatales	Servicios prestados a embarazadas y recién nacidos en hospitales que tienen centros de atención especial para manejar afecciones graves	Cubiertos según sean médicamente necesarios	No requerida
Servicios reproductivos	Servicios para mujeres que están embarazadas o quieren embarazarse. También incluyen servicios de planificación familiar que proporcionan medicamentos y suministros para el control de natalidad para ayudarle a planear el tamaño de su familia.	Cubrimos servicios de planificación familiar según sean médicamente necesarios. Puede recibir estos servicios y suministros de cualquier proveedor de Medicaid; este no tiene que ser parte de nuestro Plan. No necesita aprobación previa para estos servicios. Estos servicios son gratuitos. Estos servicios son voluntarios y confidenciales, incluso si usted es menor de 18 años.	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios respiratorios	Servicios para tratar afecciones, dolencias o enfermedades de los pulmones o el sistema respiratorio	Cubrimos, cuando sean médicamente necesarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas respiratorias</li> <li>- Procedimientos quirúrgicos respiratorios</li> <li>- Manejo de dispositivos respiratorios</li> </ul>	Se puede requerir para pruebas de diagnóstico y procedimientos
Servicios de terapia respiratoria	Servicios para receptores de 0 a 20 años para ayudarlo a respirar mejor mientras es tratado por una afección, dolencia o enfermedad respiratoria	Cubrimos, cuando sean médicamente necesarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial por año</li> <li>- Una reevaluación de terapia cada 6 meses</li> <li>- Hasta 210 minutos de tratamientos de terapia por semana (máximo de 60 minutos por día)</li> </ul>	No requerida
Servicios de autoayuda/pares	Servicios para ayudar a las personas que están en recuperación de una adicción o enfermedad mental	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios terapéuticos especializados	Servicios proporcionados a niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o trastornos por el uso de sustancias	Cubrimos los siguientes, cuando sean médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluaciones</li> <li>- Servicios de tutela temporal</li> <li>- Servicios de hogar grupal</li> </ul>	Requerida
Servicios de patologías del habla y del lenguaje	Servicios que incluyen pruebas y tratamientos que le ayudan a hablar o tragar mejor	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivos y servicios para comunicación</li> </ul>	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 210 minutos de tratamiento por semana</li> <li>- Una evaluación inicial por año</li> </ul> <p>Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación de comunicación cada 5 años</li> </ul>	
Servicios del programa estatal para pacientes hospitalizados psiquiátricos	Servicios para niños con enfermedades mentales graves que necesitan tratamiento en el hospital	Cubiertos según sean médicamente necesarios para niños de 0 a 20 años	Requerida
Servicios del programa ambulatorio intensivo para abuso de sustancias	Tratamiento proporcionado por más de 3 horas por día, varios días por semana, para personas que se están recuperando de trastornos por el uso de sustancias	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios de tratamiento residencial a corto plazo para abuso de sustancias	Tratamiento para personas que se están recuperando de trastornos por el uso de sustancias	Cubiertos según sean médicamente necesarios y recomendados por nosotros	Requerida
Servicios terapéuticos del comportamiento en el sitio	Servicios prestados por un equipo para prevenir que los niños de 0 a 20 años con enfermedades mentales o problemas de salud del comportamiento sean colocados en un hospital u otro centro médico	Cubrimos servicios médicamente necesarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta 9 horas por mes</li> </ul>	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de trasplante	Servicios que incluyen toda la atención previa y posterior a la cirugía	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Requerida
Ayudas visuales	Artículos tales como anteojos, lentes de contacto y prótesis oculares (falsos)	Cubrimos los siguientes servicios médicamente necesarios cuando sean recetados por su médico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos pares de anteojos para niños de 0 a 20 años</li> </ul>	Se puede requerir para dispositivos prostéticos
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un aro cada dos años y dos lentes cada 365 días para adultos de 21 años en adelante</li> <li>- Lentes de contacto</li> <li>- Prótesis oculares</li> </ul>	
Servicios de cuidado visual	Servicios que prueban y tratan afecciones, dolencias y enfermedades de los ojos	Cubiertos según sean médicamente necesarios	Se puede requerir para procedimientos y algunas pruebas

### **Los beneficios de su plan: beneficios ampliados**

Beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos, gratuitamente. Llame a Servicios para Miembros para preguntar acerca de los beneficios ampliados.

Usted puede canjear algunos beneficios en línea. Inicie sesión en su cuenta segura en [clearhealthalliance.com/member](http://clearhealthalliance.com/member) y visite el Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) para ver los beneficios adicionales para los cuales es elegible.

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Acupuntura	Tratamiento que alivia el dolor y trata afecciones físicas, mentales y emocionales	Ilimitado para miembros elegibles de 21 años en adelante	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de evaluación	Evaluaciones psiquiátricas, exámenes breves sobre el estado de la salud del comportamiento, pruebas psicológicas, etc.	Ilimitado para miembros elegibles de 21 años en adelante	Requerida
Servicios diurnos para salud del comportamiento/ tratamiento diurno	Tratamiento o servicios que brindan actividades estructuradas y diarias para personas con trastornos de salud del comportamiento	Para miembros de 21 años en adelante: - 10 unidades adicionales por año por tratamiento diurno - Un día por semana y hasta 52 días por año de servicios de atención diurna	No requerida
Servicios médicos de salud del comportamiento (pruebas de detección de drogas)	Servicios de salud del comportamiento para detectar alcohol u otras drogas	Ilimitado para miembros de 21 años en adelante	Requerida
Servicios médicos de salud del comportamiento (administración de medicamentos)	Servicios de salud del comportamiento para manejar medicamentos para personas con afecciones de alcohol o abuso de otra sustancia	Ilimitado para miembros de 21 años en adelante	No requerida
Servicios médicos de salud del comportamiento (interacción verbal)	Servicios de salud del comportamiento para hablar con personas que tienen trastornos de salud del comportamiento	Ilimitado para miembros de 21 años en adelante	Requerida
Servicios de examen médico de salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento para detectar un trastorno de salud del comportamiento	Ilimitado para miembros de 21 años en adelante	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Equipo biométrico	Reciba un brazalete para medir la presión arterial/balanza digital	Cubierto para miembros de 21 años en adelante. Uno cada tres años.	Requerida
Servicio de teléfono celular	Los miembros que se inscriben para el Programa federal de Lifeline y se incluyen en el Programa de Conectividad a Bajo Precio (ACP) reciben el beneficio federal más beneficios adicionales de CHA. El beneficio federal incluye un teléfono inteligente gratuito, capacidades ilimitadas para hablar, enviar mensajes de texto y llamadas internacionales y un mínimo de 25 GB de data y 5 GB de acceso a puntos de acceso.	<p>Los miembros inscritos actualmente en el Programa federal Lifeline deben incluirse para recibir el ACP. Los miembros que participan en el ACP y están en administración de casos complejos (nivel 3 o 4) recibirán data adicional según la necesiten.</p> <p>Para miembros que eligen el Programa Lifeline, el plan proporciona 200 minutos adicionales al momento de la inscripción a la asignación federal de teléfono de SafeLink y también les da a los miembros 100 minutos adicionales cada año en su mes de nacimiento y garantiza que todas las llamadas a Servicios para Miembros no sean deducidas de los beneficios del miembro. Estos beneficios adicionales son más allá de lo que brinda el beneficio federal.</p> <p>Los miembros de 15 a 18 años requieren consentimiento de los padres.</p>	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de quiropráctica	Servicios para diagnosticar y tratar desajustes de las articulaciones, particularmente la columna vertebral, lo que puede causar otros trastornos al afectar los nervios, músculos y órganos	Ilimitado para miembros elegibles de 21 años en adelante	No requerida
Análisis de cognitivo de comportamiento computarizado	Evaluaciones de salud y comportamiento, como entrevistas clínicas, observaciones del comportamiento, monitoreo psicofisiológico y cuestionarios	Evaluaciones ilimitadas a través de la herramienta Online Well Being (Bienestar en línea) de CHA para miembros de 21 años en adelante	No requerida
Servicios de doula	Apoyo físico, emocional y educativo para miembros que estén embarazadas o nuevas madres de parte de una doula antes, durante y después de dar a luz	Visitas ilimitadas por embarazo	No requerida
Estimuladores eléctricos (manejo del dolor)	Dispositivo de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) para manejo del dolor	Cubrimos para miembros de 21 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un dispositivo TENS (2 electrodos) cada 5 años</li> <li>- Dos dispositivos TENS (4 o más electrodos) cada 5 años</li> <li>- Suministro de dos electrodos para TENS: máximo de 1 por mes</li> </ul>	Requerida

Servicio	Descripción	Cobertura/limitaciones	Autorización previa
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suministro de cuatro electrodos para TENS: máximo de 2 por mes</li> <li>- Un estimulador osteogénico eléctrico vertebral por episodio según sea médicamente necesario</li> </ul>	
Kit para prevención de la gripe/pandemia	Un kit para prevención de la gripe/pandemia, el cual incluye mascarillas de tres capas (10 piezas), termómetro digital oral y desinfectante para manos	Elegible para los primeros 1,000 miembros. Su administrador de casos debe solicitar este beneficio en su nombre.	No requerida
Servicios de audición	Servicios para evaluar la audición de una persona para ver si hay necesidad de audífonos o probar los audífonos de una persona	<p>Ofrecemos estos servicios adicionales para miembros de 21 años en adelante cada dos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación</li> <li>- Una valoración</li> <li>- Un audífono por oído</li> <li>- Una colocación/verificación del audífono</li> <li>- Una tarifa por despacho del audífono</li> </ul> <p>Medicaid cubre servicios de audición una vez cada tres años para miembros elegibles.</p>	No requerida
Comidas entregadas a domicilio: preparación/alivio en caso de desastres	Comidas entregadas en su casa antes de un desastre natural	Cinco comidas que no requieren refrigeración entregadas en su casa en un área afectada declarada en estado de emergencia por el gobernador para los primeros 500 miembros de 18 años en adelante que soliciten el beneficio	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Comidas entregadas a domicilio (General)	Comidas entregadas a las casas de madres embarazadas	Para las primeras 50 madres embarazadas que cumplen actualmente con las citas médicas y apoyo en el hogar limitado	Requerida
Comidas entregadas a domicilio: posterior a ser dado de alta (hospital o centro de enfermería)	Comidas entregadas en su hogar, al igual que preparación (por comida), para personas que han salido del hospital o centro de enfermería	Comidas después de ser dado de alta del hospital para miembros (de 5 años en adelante) con tres o más días de cualquier hospitalización. Los miembros deben cumplir ciertos requisitos mínimos de hospitalización y solicitarle el servicio a su coordinador de alta o administrador de casos.	Requerida
Servicios de asistente de enfermería/médico a domicilio	Servicios de cuidado de enfermería y/o personal y ayuda en la casa	Una visita adicional por día para miembros de 21 años en adelante.	Requerida
Visita a domicilio por parte de un trabajador social clínico	Servicios de trabajador social clínico en entornos de servicios de salud a domicilio u hospicio	48 visitas por año para miembros de 21 años en adelante	Requerida
Asistencia de vivienda	Ayuda para encontrar vivienda y pagar por el costo mensual de vivienda como renta y servicios públicos	Un beneficio único de por vida de \$500 para miembros de 21 años en adelante que estén indigentes o en riesgo de estar indigentes	Requerida
Tratamiento ambulatorio intensivo: abuso de sustancias	Servicios ambulatorios intensivos con terapia y tratamiento para ayudar con abuso de alcohol y/o drogas	Cubrimos a las miembros embarazadas de 21 años en adelante por hasta 8 semanas. Esto incluye servicios para: - Tres horas al día - Tres días a la semana  Con un límite total de 9 horas por semana. Medicaid cubre estos	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
		servicios para miembros elegibles. Ofrecemos este beneficio adicional después de que sus beneficios de Medicaid sean usados.	
Desarrollo de habilidades para la vida: vale para el curso de GED PREP	Entrenamiento y desarrollo de habilidades	Vale único de \$128 para el curso de GED PREP y la prueba basada en computadora de GED para miembros de 21 años en adelante que presenten la solicitud para un vale. No más de 500 miembros al año.	No requerida
Desarrollo de habilidades para la vida: kit de tranquilidad	Entrenamiento y desarrollo de habilidades	Kit de tranquilidad para miembros de 21 años en adelante con diagnóstico de autismo, trastornos del sueño o ansiedad	Requerida
Terapia de masajes	Servicios para ayudar con el alivio del dolor a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masaje</li> <li>- Movilización</li> <li>- Manipulación</li> <li>- Tracción manual</li> </ul>	Terapia ilimitada para miembros elegibles de 21 años en adelante	Requerida
Comidas: traslados de transporte diurno que no sea de emergencia	Traslados que no sean de emergencia a visitas al médico médicamente necesarias y comidas	Hasta \$200 por día para comidas para miembros y tutores/acompañantes que viajen más de 100 millas para recibir tratamiento médico autorizado	Requerida
Servicios de cuidado en el hogar médicamente relacionados/ tareas domésticas	Servicios de tareas domésticas	Dos limpiezas de alfombras por año Y hasta \$100 de asignación/año para ropa de cama hipoalérgica.  El miembro debe estar inscrito en Manejo de casos de asma. Todas las solicitudes deben ser hechas a su administrador de casos, quien ordenará/coordinará los servicios.	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Circuncisión para recién nacidos	La retirada quirúrgica de la piel que cubre la punta del pene en niños recién nacidos.	Cubrimos circuncisión como un beneficio único para recién nacidos dentro de los primeros 28 días después del nacimiento.	No requerida
Transporte que no sea de emergencia: propósitos no médicos	Transporte, auxiliar, tarifas de estacionamiento y peajes por motivos no médicos	Seis traslados en una sola dirección por miembro de 21 años en adelante por mes. Máximo de 72 traslados en una sola dirección por miembro por año. Hasta 25 millas.	No requerida
Asesoramiento nutricional	Reúnase con un dietista para que le ayude con hábitos de alimentación saludables	Ilimitado para miembros de 21 años en adelante	No requerida
Terapia ocupacional	Evaluaciones y visitas de tratamiento de terapia ocupacional para ayudar a los miembros con discapacidades físicas o mentales	Cubrimos para miembros de 21 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación por año</li> <li>- Una reevaluación por año</li> <li>- Hasta siete sesiones de terapia por semana</li> </ul> Medicaid cubre terapia ocupacional para miembros de 0 a 20 años y adultos elegibles. Ofrecemos estas visitas adicionales después de que sus beneficios de Medicaid sean usados.	Requerida
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios ambulatorios o atención médica que recibe en el hospital sin quedarse a dormir	\$200 adicionales por año además del beneficio del plan de \$1,500 para costos ambulatorios para miembros de 21 años en adelante. Esto incluye servicios de laboratorio.	Puede requerirse
Beneficio de venta libre	Suministros y medicamentos de venta libre (OTC) a bajo costo o sin costo como medicamentos para	Ofrecemos \$25 cada mes, por hogar para el costo de artículos OTC.	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
	alergias o repelente para insectos		
Terapia física	Evaluaciones y visitas de tratamiento de terapia física para ayudar a los miembros con lesiones físicas	Ofrecemos servicios adicionales para miembros de 21 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación por año</li> <li>- Una reevaluación por año</li> <li>- Hasta siete sesiones de terapia por semana</li> </ul> Medicaid cubre terapia física para miembros de 0 a 20 años y adultos elegibles. Ofrecemos estas visitas adicionales después de que sus beneficios de Medicaid sean usados.	Requerida
Servicios para el embarazo: visitas prenatales/perinatales	Servicios de atención prenatal y posparto para miembros embarazadas	Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacaleches de grado hospitalario (renta, máximo de 1 por año)</li> <li>- Sacaleches (renta, 1 por 2 años)</li> <li>- 14 visitas para embarazos de bajo riesgo</li> <li>- 18 visitas para embarazos de alto riesgo</li> <li>- Tres visitas dentro de 90 días después del parto</li> </ul>	Requerida solo para el sacaleches de grado hospitalario; no requerida para otros beneficios enumerados
Servicios de visita de atención primaria para adultos	Visitas a un proveedor de atención primaria (PCP) para estar y mantenerse saludable	Ofrecemos visitas ilimitadas para miembros de 21 años en adelante	No requerida
Rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación psicosocial	Cinco visitas adicionales por año para miembros elegibles de 21 años en adelante	Requerida
Suministros respiratorios	Suministros para ayudar a mejorar la capacidad	Ofrecemos suministros para miembros elegibles de 21 años en adelante	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
	respiratoria y abrir las vías respiratorias		
Terapia respiratoria	Terapia para ayudarle a respirar mejor o tratamientos para una afección respiratoria	<p>Ofrecemos estos beneficios adicionales para miembros de 21 años en adelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación inicial por año</li> <li>- Una reevaluación por año</li> <li>- Una visita de terapia respiratoria por día</li> </ul> <p>Medicaid cubre terapia respiratoria elegible para miembros elegibles. Ofrecemos estos beneficios adicionales después de que sus beneficios de Medicaid sean usados.</p>	No requerida
Terapia del habla/patología del habla	Servicios, incluyendo tratamientos y pruebas, para ayudarle a hablar o tragar mejor	<p>Ofrecemos estos beneficios adicionales para miembros de 21 años en adelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una evaluación/ reevaluación por año</li> <li>- Una evaluación de la función oral y faríngea por año</li> <li>- Hasta siete unidades de tratamiento de terapia por semana</li> <li>- Una evaluación inicial de AAC por año</li> <li>- Una reevaluación de AAC por año</li> <li>- Hasta cuatro sesiones de 30 minutos para colocación de AAC, ajuste y sesiones de entrenamiento por año</li> </ul> <p>Medicaid cubre terapia del habla para miembros de 0 a 20 años y ciertos</p>	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
		servicios para adultos elegibles.	
Lecciones de natación (prevención de ahogarse)	Lecciones para aprender a nadar	\$200 por año para hasta 1,000 miembros (niños de 3 a 16 años).	No requerida
Terapia: arte	Terapia artística incluida como parte de un plan de salud para ayudar a los miembros con problemas de salud mental	Sesiones ilimitadas para miembros que reciben servicios de salud del comportamiento	Requerida
Terapia: individual/familiar	Terapia individual y familiar, psicoterapia individual breve, entrenamiento y servicios educativos relacionados con el cuidado y el tratamiento de problemas discapacitantes de salud mental del miembro por sesión (45 minutos o más)	Dos visitas adicionales por año; se requiere autorización para la porción ampliada del beneficio.	Requerida
Terapia: mascota	Terapia de actividad no para fines de recreación relacionada con el cuidado y el tratamiento de problemas discapacitantes de salud mental del miembro, por sesión (45 minutos o más)	Ilimitada para miembros de 21 años en adelante	Requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de tutoría K–12	Servicios de tutoría para miembros en kindergarten hasta el 12 <sup>mo</sup> grado	Cubierto para todos los miembros de 5 a 19 años. Dos horas por semana.	Requerida
Vacuna: hepatitis B	Vacuna para prevenir que contraiga la Hepatitis B	Todos los miembros de 21 años en adelante que no han recibido la vacuna antes son elegibles.	Requerida
Vacuna: virus del papiloma humano (VPH)	Vacuna para prevenir que contraiga VPH	Todos los miembros de 21 a 26 años que no han recibido la vacuna antes son elegibles.	Requerida
Vacuna: gripe	Vacuna para prevenir que contraiga la gripe	Cubierta para todos los miembros de 21 años en adelante.	No requerida
Vacuna: meningocócica	Vacuna para prevenir que contraiga enfermedad meningocócica	Todos los miembros de 21 años en adelante con VIH que no han recibido la vacuna antes son elegibles para recibir dos dosis primarias al menos dos meses aparte y recibir la vacuna nuevamente cada cinco años.	No requerida
Vacuna: neumonía (antineumocócica)	Vacuna para prevenir que contraiga neumonía	Cubierta para todos los miembros de 21 años en adelante	No requerida
Vacuna: herpes (varicela-zóster)	Vacuna para prevenir que contraiga herpes NOTA: La vacuna contra el herpes y su administración serán cubiertas de conformidad con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).	Dos dosis a la edad de $\geq 50$ años para miembros no duales. Las personas con VIH deben tener un conteo de CD4 de 200 células/ml.	No requerida
Vacuna: TdaP	Vacuna para prevenir que contraiga tétanos, difteria y tos ferina (TdaP)	Un refuerzo de TdaP de por vida para todos los miembros de 21 años en adelante y una vacuna por embarazo para miembros embarazadas	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
Servicios de la vista	Examen de los ojos y anteojos o lentes de contacto	Un (1) aro por año, un examen de los ojos por año. Un suministro de seis (6) meses de lentes de contacto recetados: PMMA, lastre tórico o de prisma, por lente; permeable al gas, uso prolongado, por lente, hidrofílico, esférico, por lente, hidrofílico, lastre tórico o de prisma, por lente, hidrofílico de uso prolongado, por lente; lente de contacto, otro tipo. Para miembros de 21 años en adelante.	No requerida
Copagos eximidos	<p>No hay copagos para estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de maternidad</li> <li>- Quiropráctico</li> <li>- Salud del comportamiento comunitaria</li> <li>- Centro de salud con calificación federal</li> <li>- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios</li> <li>- Laboratorios independientes</li> <li>- Transporte que no sea de emergencia</li> <li>- Atención de optómetra</li> <li>- Atención de un médico, enfermero practicante, asistente médico o primer</li> </ul>	Cubierto para todos los miembros	No requerida

<b>Servicio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura/limitaciones</b>	<b>Autorización previa</b>
	asistente de enfermero registrado - Podología - Radiografía portátil - Clínica de salud rural		

## Sección 13: Satisfacción de los miembros

### Reclamos, quejas y apelaciones ante el plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y la atención que recibe de nuestros proveedores. Infórmenos inmediatamente si en cualquier momento no está satisfecho con algo de nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que tomamos.

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar un <b>reclamo</b> .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llamarnos a cualquier hora.</li> </ul> <p>Llame al 844-406-2398 (TTY 711).</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trataremos de resolver su problema en un plazo de un día hábil.</li> </ul>
Si no está satisfecho con nosotros o nuestros proveedores, puede presentar una <b>queja</b> .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escribirnos o llamarnos a cualquier hora.</li> <li>Llamarnos para pedir más tiempo para resolver su queja si piensa que más tiempo será de ayuda.</li> </ul> <p>CHA Grievance &amp; Appeals Coordinator 4200 W. Cypress St., Ste. 900 Tampa, FL 33607 Teléfono: 877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711) Fax: 866-216-3482 Correo electrónico: flmedicaidgrievances@ simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisaremos su queja y le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 90 días.</li> </ul> <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja, nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le diremos sobre sus derechos si no está de acuerdo.</li> </ul>
Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus servicios, puede pedir una <b>apelación</b> .	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escribirnos o llamarnos y dar seguimiento por escrito, dentro de 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios.</li> <li>Pedir que sus servicios continúen dentro de 10 días de recibir nuestra carta, de ser necesario. Pueden aplicar algunas normas.</li> </ul> <p>CHA Grievance &amp; Appeals Coordinator 4200 W. Cypress St., Ste. 900</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación.</li> <li>Le ayudaremos a completar</li> </ul>

	Qué puede hacer:	Qué haremos:
	<p>Tampa, FL 33607  Teléfono: 877-372-7603,  ext. 106-121-0301 (TTY 711)  Fax: 866-216-3482  Correo electrónico: flmedicaidgrievances@  simplyhealthcareplans.com</p>	<p>cualquier formulario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta dentro de 30 días para responderle.</li> </ul>
<p>Si cree que esperar 30 días pondrá su salud en peligro, puede pedir una <b>apelación acelerada o “rápida”</b>.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribimos o llamarnos dentro de 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios.</li> </ul> <p>CHA Grievance &amp; Appeals Coordinator  4200 W. Cypress St., Ste. 900  Tampa, FL 33607  Teléfono: 877-372-7603,  ext. 106-121-0301 (TTY 711)  Fax: 866-216-3482  Correo electrónico: flmedicaidgrievances@  simplyhealthcareplans.com</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le daremos una respuesta dentro de 48 horas después de recibir su solicitud.</li> <li>• Lo llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo con que necesita una apelación rápida y le enviaremos una carta dentro de 2 días.</li> </ul>
<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión de la apelación, puede pedir una <b>audiencia imparcial de Medicaid</b>.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud.</li> <li>• Pedirnos una copia de su registro médico.</li> <li>• Pedir que sus servicios continúen dentro de 10 días de recibir nuestra carta, de ser necesario. Pueden aplicar algunas normas.</li> </ul> <p><i>**Debe finalizar el proceso de apelación antes de que pueda tener una audiencia imparcial de Medicaid.</i></p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, de ser necesario.</li> <li>• Reiniciaremos sus servicios si el Estado está de acuerdo con usted.</li> </ul> <p>Si continuó sus servicios, podemos pedirle que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>

## **Apelación rápida ante el plan**

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

## **Audiencias imparciales de Medicaid (para miembros de Medicaid)**

Puede pedir una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un Aviso de resolución de la apelación ante el plan llamándonos o escribiendo a:

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

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

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde se puedan comunicar con usted o su representante

También podría incluir la información siguiente si la tiene:

- Por qué cree que la decisión debe cambiarse
- El (Los) servicio(s) que cree que necesita
- Cualquier información médica para respaldar la solicitud
- Quién quiere que lo ayude con su audiencia imparcial

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

## **Continuación de beneficios para miembros de Medicaid**

Si está recibiendo ahora un servicio que va a ser reducido, pospuesto o suspendido, tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome una decisión final para su **apelación ante el plan o audiencia imparcial de Medicaid**. Si se continúan sus servicios, no habrá cambio en sus servicios hasta que se tome una decisión final.

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

Para que sus servicios continúen durante su apelación o audiencia imparcial, debe presentar su apelación y pedir la continuación de los servicios dentro de este periodo, el que sea posterior:

- 10 días después de recibir un Aviso de determinación adversa de beneficios (NABD) o
- El primer día en que los servicios de su hijo serán reducidos, suspendidos o finalizados o antes de esa fecha.

### **Sección 14: Sus derechos como miembro**

Como receptor de Medicaid y miembro de un plan, usted también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto.
- Que siempre su dignidad y privacidad sean consideradas y respetadas.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes.
- Saber quién está prestando servicios médicos y quién es responsable por su atención.
- Saber qué servicios tiene disponibles el miembro, incluyendo si hay disponible un intérprete, si usted no habla inglés.
- Saber cuáles normas y leyes aplican a su conducta.
- Que le den información que se pueda seguir con facilidad acerca de su diagnóstico, y conversar abiertamente sobre el tratamiento que necesita, las opciones de tratamiento y alternativas y cómo lo ayudarán estos tratamientos.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención de la salud, incluyendo el derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto según la ley disponga al contrario.
- Que le den información completa sobre otras maneras de ayudar a pagar por su atención de la salud.
- Saber si el proveedor o el centro acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- Que le digan antes de recibir un servicio cuánto le costará.
- Recibir una copia de una factura y que le expliquen los cargos.
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento.
- Conocer si el tratamiento médico es para investigación experimental y aceptar o negarse a participar en dicha investigación.

- Presentar un reclamo cuando sus derechos no son respetados.
- Pedir otro médico cuando usted no está de acuerdo con su médico (segunda opinión médica).
- Recibir una copia de su registro médico y pedir que se agregue o corrija información en su registro, de ser necesario.
- Que sus registros médicos se mantengan privados y sean compartidos solo cuando la ley lo requiera o con su aprobación.
- Decidir cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas por sí mismo (directiva anticipada).
- Presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una decisión del plan sobre sus servicios.
- Apelar una decisión del plan sobre sus servicios.
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro plan.
- Obtener información acerca de nuestro plan, nuestros servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y obligaciones del miembro.
- Una conversación honesta sobre opciones de tratamiento para sus afecciones, sin importar cual sea el costo o la cobertura.
- Sugerir cambios a la política de derechos y obligaciones de los miembros del plan.
- Hablar francamente sobre su atención de la salud y sus preocupaciones sin ningún resultado adverso.
- Ejercer libremente sus derechos sin que el plan o los proveedores de la red lo traten de mala manera.
- Recibir atención sin temor de que cualquier forma de restricción o aislamiento sea usada como medio de coerción, medidas disciplinarias, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y pedir que sean enmendados o corregidos.

### **Sección 15: Sus obligaciones como miembro**

Como receptor de Medicaid y miembro de un plan, usted también tiene ciertas obligaciones. Usted tiene la obligación de:

- Proporcionar información precisa sobre su salud a su plan y sus proveedores.
- Decirle a su proveedor sobre cambios inesperados en su condición médica.
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que usted entiende sus problemas de salud y estar de acuerdo con un curso de acción y lo que se espera de usted.
- Escuchar a su proveedor, seguir instrucciones para la atención y hacer preguntas.
- Cumplir con sus citas y avisarle a su proveedor si no podrá acudir a una cita.
- Ser responsable por sus acciones si rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones de su proveedor de cuidado médico.

- Asegurarse de que se haga el pago para los servicios no cubiertos que recibe.
- Seguir las normas y regulaciones de conducta del centro de atención de la salud.
- Tratar al personal de atención de la salud y al administrador de casos con respeto.
- Decirnos si tiene problemas con cualquier personal de atención de la salud.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Avisarle a su administrador de casos si tiene un cambio en información (dirección, número de teléfono, etc.).
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario para su seguridad.
- Denunciar fraude, abuso y sobrepago.

## **Sección 16: Otra información importante**

### **Protección de Indian Health Care Provider (IHCP)**

Los indios están exentos de todos los costos compartidos para servicios suministrados o recibidos por un IHCP o referidos bajo servicios de salud contratados.

### **Plan de desastres para emergencias**

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

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

- NO comparta información personal incluyendo su número de Medicaid, con nadie que no sea uno de sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o a bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas puerta a puerta o las llamadas que no pidió.
- Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de texto o correos electrónicos que usted no pidió, o que estén en plataformas de redes sociales.

### **Fraude/abuso/sobrepago en el programa Medicaid**

Para denunciar una sospecha de fraude y/o abuso en Florida Medicaid, llame al número gratuito de la Línea directa de reclamos de consumidores al 888-419-3456 o complete un Formulario de reclamo de fraude y abuso de Medicaid, el cual está disponible en línea en:

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

También puede denunciarnos fraude y abuso directamente comunicándose con la Unidad de Investigaciones Especiales. Llame al 844-406-2398 (TTY 711). Al llamar, pida hablar con la Unidad de Investigaciones Especiales. Brinde la mayor cantidad posible de detalles.

### **Abuso/negligencia/explotación de personas**

Nunca debe ser tratado de mala manera. Nunca está bien que alguien lo golpee o lo haga sentirse asustado. Puede hablar con su PCP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que está siendo maltratado o desatendido, llame a la Línea directa de abuso al 800-96-ABUSE (800-962-2873) o para TTY/TDD al 800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien que está siendo maltratado.

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

- Si tiene lesiones, llame a su PCP.
- Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia. Para obtener más información, vea la sección llamada ATENCIÓN DE EMERGENCIA.
- Tenga un plan para ir a un lugar seguro (la casa de un amigo o pariente).
- Empaque un bolso pequeño, déselo a una amiga para que se lo guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al número gratuito de la Línea directa nacional sobre violencia doméstica al 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).

### **Directivas anticipadas**

Una **directiva anticipada** es una declaración escrita o hablada sobre cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas. Algunas personas hacen directivas anticipadas cuando quedan muy enfermas o están al final de sus vidas. Otras personas hacen directivas anticipadas cuando están sanas. Puede cambiar de idea y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a obtener y entender estos documentos. Estos no cambian su derecho a los beneficios de atención de la salud de calidad. El único propósito es informarles a los demás lo que usted quiere si no puede hablar.

1. Un testamento vital
2. Designación de sustituto para atención de la salud
3. Una donación anatómica (órgano o tejido)

Puede descargar un formulario de directiva anticipada de este sitio web:  
<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>.

Asegúrese de que alguien, como su PCP, abogado, familiar o administrador de casos sepa que usted tiene una directiva anticipada y dónde está ubicada.

Si hay algún cambio en la ley sobre directivas anticipadas, le informaremos en un plazo de 90 días. Usted no tiene que tener una directiva anticipada si no la quiere.

Si su proveedor no está siguiendo su directiva anticipada, puede presentarle un reclamo a Servicios para Miembros al 844-406-2398 (TTY 711) o a la Agencia llamando al 888-419-3456.

### **Evaluación de nueva tecnología en la atención**

Los directores médicos y los proveedores de la red de CHA siempre están buscando nuevos tratamientos y estudios médicos. Lo hacen para ver si:

- Estos nuevos tratamientos deben ser beneficios cubiertos.
- El gobierno ha aceptado que el tratamiento es seguro y efectivo.
- Los resultados son tan buenos o mejores que los tratamientos de los beneficios cubiertos en uso actualmente.

### **Cómo obtener más información**

Usted tiene derecho a pedir información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos acerca de los tipos de información que puede recibir gratuitamente. Algunos ejemplos son:

- Su registro del miembro
- Una descripción de cómo operamos
- FloridaHealthFinder.gov, donde puede informarse sobre las calificaciones de desempeño de la calidad de CHA y más. Vea la siguiente sección para obtener más información.

## **Sección 17: Recursos adicionales**

### **Floridahealthfinder.gov**

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

- Información actualizada sobre concesión de licencias
- Informes de inspección
- Acciones legales
- Resultados de salud
- Precios
- Medidas de desempeño
- Folletos de educación para los consumidores

- Testamentos en vida
- Calificaciones de desempeño de la calidad, incluyendo resultados de la encuesta de satisfacción a los miembros

La Agencia recopila información de todos los planes sobre distintas medidas de desempeño acerca de la calidad del cuidado médico proporcionado por los planes. Las medidas permiten que el público entienda cuán bien los planes satisfacen las necesidades de sus miembros. Para ver las tarjetas de calificaciones del plan, visite <http://www.floridahealthfinder.gov/HealthPlans/search.aspx>. Puede elegir ver la información por cada plan o todos los planes a la vez.

### **Unidad de vivienda para adultos mayores**

La Unidad de vivienda para adultos mayores proporciona información y asistencia técnica a los adultos mayores y líderes comunitarios acerca de opciones de vivienda a bajo precio y vida asistida. El Departamento de Asuntos de los Adultos Mayores de Florida mantiene un sitio web para información sobre centros de vida asistida, hogares de atención familiar para adultos, centros de atención de la salud diurna para adultos y centros de enfermería en <http://elderaffairs.state.fl.us/doea/housing.php> al igual que enlaces a recursos adicionales federales y estatales.

### **Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad**

También puede encontrar información y asistencia adicional sobre beneficios estatales y federales, programas y servicios locales, servicios legales y de prevención de delitos, planificación de ingresos u oportunidades educativas comunicándose con el Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad.

Do you need help with your healthcare, talking with us, or reading what we send you? Call us toll free at 844-406-2398 (TTY 711) to get this for free in other languages or formats.

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Llámenos a la línea gratuita al 844-406-2398 (TTY 711) para recibir esto gratuitamente en otros idiomas o formatos.

Èske ou bezwen èd ak swen sante ou, èd pou pale ak nou, oswa pou li sa nou voye ba ou? Rele nou gratis nan 844-406-2398 (TTY 711) pou w jwenn sa gratis nan lòt lang oswa nan lòt fòm.

Quý vị cần trợ giúp về chăm sóc sức khỏe, trò chuyện với chúng tôi, hoặc đọc những gì chúng tôi gửi cho quý vị? Gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 844-406-2398 (TTY 711) để nhận miễn phí thông tin này bằng các ngôn ngữ hoặc định dạng khác.

## **Aviso sobre no discriminación**

Clear Health Alliance sigue las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Es decir, usted no será objeto de exclusión o trato diferente por ninguno de estos motivos.

## **Es importante comunicarnos con usted**

Para la gente que tiene discapacidades o que habla un idioma que no sea inglés, ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados del lenguaje de señas
- Materiales escritos en letra grande, audio, electrónicos y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales escritos en su idioma

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Coordinador de Quejas al 877-372-7603, ext. 106-121-0301 (TTY 711).

## **Sus derechos**

¿Cree que no recibió estos servicios o que lo discriminamos por alguno de los motivos señalados? De ser así, usted puede presentar una queja (un reclamo). Preséntela por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono:

CHA Grievance Coordinator  
4200 W. Cypress St., Ste. 900  
Tampa, FL 33607

Teléfono: 877-372-7603, ext. 106-121-0301  
(TTY 711)  
Fax: 866-216-3482  
Correo electrónico: flmedicaidgrievances@  
simplyhealthcareplans.com

**¿Necesita ayuda para presentar la queja?** Llame a nuestro Coordinador de quejas al número indicado arriba. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En la web:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave. SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite [www.hhs.gov/ocr/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/file/index.html).