



DE |  **sunshine health.**
Insured by Celtic Insurance Company



su Manual
para miembros
para 2017

Todo lo que necesita saber sobre su plan:

Servicios cubiertos • Beneficios de farmacia • Servicios de emergencia • Programas de bienestar

Para obtener más información visite Ambetter.SunshineHealth.com

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).



¡Bienvenido(a) a Ambetter de Sunshine Health!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud. Nos entusiasma ayudarle a tomar el control de su salud y a llevar una vida más sana y más plena.

Como miembro nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Este manual para miembros le ayudará a entender todos ellos. Adentro, encontrará información importante acerca de:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- Beneficios de atención preventiva
- A dónde obtener atención
- Programas de manejo de la salud
- Beneficios de farmacia
- Beneficios dentales y de la vista opcionales para adultos
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarle. Y no olvide darle un vistazo a nuestra biblioteca de videos en línea en Ambetter.SunshineHealth.com. Está llena de información útil.

Servicios para los miembros:

1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770)

Ambetter.SunshineHealth.com

Perspectiva general del manual para miembros	4
Los recursos que necesita. Aquí mismo.....	4
Cómo comunicarse con nosotros.....	4
Cómo funciona su plan	5
Tiene seguro de salud — ¿Y ahora qué?.....	6
Respuestas a sus preguntas sobre pagos	7
¿Cómo puedo pagar mi cuenta mensual?.....	7
¿Qué pasa si pago con retraso?	7
Nos preocupamos por su atención.....	8
Servicios para los miembros	8
Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7	8
Información sobre afiliación y cobertura	9
Detalles importantes sobre la cobertura	10
Periodos de gracia	10
Cómo encontrar la atención correcta.....	11
Su tarjeta de identificación del miembro de Ambetter	12
Conéctese en línea y tome el control	13
Servicios cubiertos Beneficios de gastos por servicios médicos	14
¿Qué cubre su plan?	15
Esto es lo que su plan cubre	16
Su plan también cubre	17
Su plan podría incluir	17
¿Qué no está cubierto?	18
Cómo obtener atención médica cuando está lejos de casa	19
Cobranza del proveedor: Qué esperar	19
Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos	20
¿Cuándo necesita una referencia?.....	21
Su Proveedor de atención primaria.....	22
¿Qué es un proveedor de atención primaria?.....	23
Cómo elegir al PCP correcto.....	24
Cómo elegir un PCP para adultos	24
Cómo hacer una cita con su PCP.....	25
Cuidado las 24 horas del día.....	26
Cómo elegir un PCP distinto	26
¿Qué pasa si su proveedor sale de nuestra red?	27
¿Qué pasa con proveedores que no están en la red?	28

A dónde ir para atención	29
Reciba la atención correcta en el lugar correcto.....	30
Qué hacer si su condición no pone la vida en peligro.....	30
Cuándo ir a un centro de atención urgente	31
Cuándo ir a la sala de emergencia	32
Las salas de emergencia son solo para emergencias.....	33
Programas de salud y bienestar	34
Hacemos más fácil que usted se haga cargo de su salud	35
Programas de Administración de la atención	35
Programas de manejo de enfermedades.....	36
Servicios de planificación familiar.....	37
Servicios previos al embarazo y para el embarazo	37
Start Smart For Your Baby®	37
Programa de recompensas <i>myhealthpays</i> ™	38
Servicios de salud del comportamiento	40
Servicios de salud mental y para el trastorno por el uso de sustancias	41
Beneficios de farmacia	42
Cobertura para sus medicamentos	43
Lista de medicamentos de Ambetter	43
Medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC)	44
Cómo surtir una receta	44
Farmacia de pedido por correo	44
Beneficios dentales para adultos	45
Añada cobertura dental a su plan.....	46
Beneficios de la vista para adultos	47
Añada atención para la vista a su plan	48
Administración de la utilización	49
¿Qué es Administración de la utilización?	50
¿Qué es Autorización previa?.....	51
¿Qué es Revisión de la utilización?	51
Determinaciones adversas y apelaciones	52
¿Qué son los criterios de revisión?	52
Proceso de quejas y apelaciones del miembro	53
Si no está contento con su atención	54
Cómo presentar un reclamo	54
Cómo presentar una apelación.....	55
¿Qué es una apelación acelerada?	55
Cómo obtener una revisión externa	56
La comunicación importa	56

Programa de fraude, desperdicio y abuso	57
Entienda el fraude en seguros	58
¿Qué es fraude en seguros?.....	58
¿Qué es abuso en seguros?	58
Derechos del miembro	59
Entienda sus derechos	60
Su información está segura con nosotros	62
Sus expedientes médicos. Sus derechos.....	63
Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones	64
Cómo usar sus derechos.....	65
Responsabilidades del miembro	66
Esto es lo que debe hacer	67
Palabras que debe saber	69
Su glosario de atención médica	70

Perspectiva general del manual para miembros



Cuando llame, tenga estos artículos listos:

- Su tarjeta de identificación
- Su número de reclamación o factura para preguntas sobre cobranzas

Lista de beneficios

Su *Lista de beneficios* es un resumen de alto nivel de los beneficios que su plan cubre y cuánto tendrá que pagar por ellos.

Evidencia de cobertura

Su *Evidencia de cobertura* es una lista detallada de los beneficios que su plan cubre, así como las exclusiones que tiene el plan.

Servicios de intérprete

Si no se siente cómodo hablando inglés, ofrecemos servicios de interpretación gratuitos. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) para obtener más información.

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Es importante que entienda su cobertura de seguro de salud. Este manual para miembros explica todo lo que necesita saber — ¡así que revíselo! Para obtener información sobre sus beneficios cubiertos y costos compartidos específicos del plan, revise su *Lista de beneficios* y *Evidencia de cobertura*. Puede encontrar ambas en su cuenta segura del miembro en línea.

Cómo comunicarse con nosotros

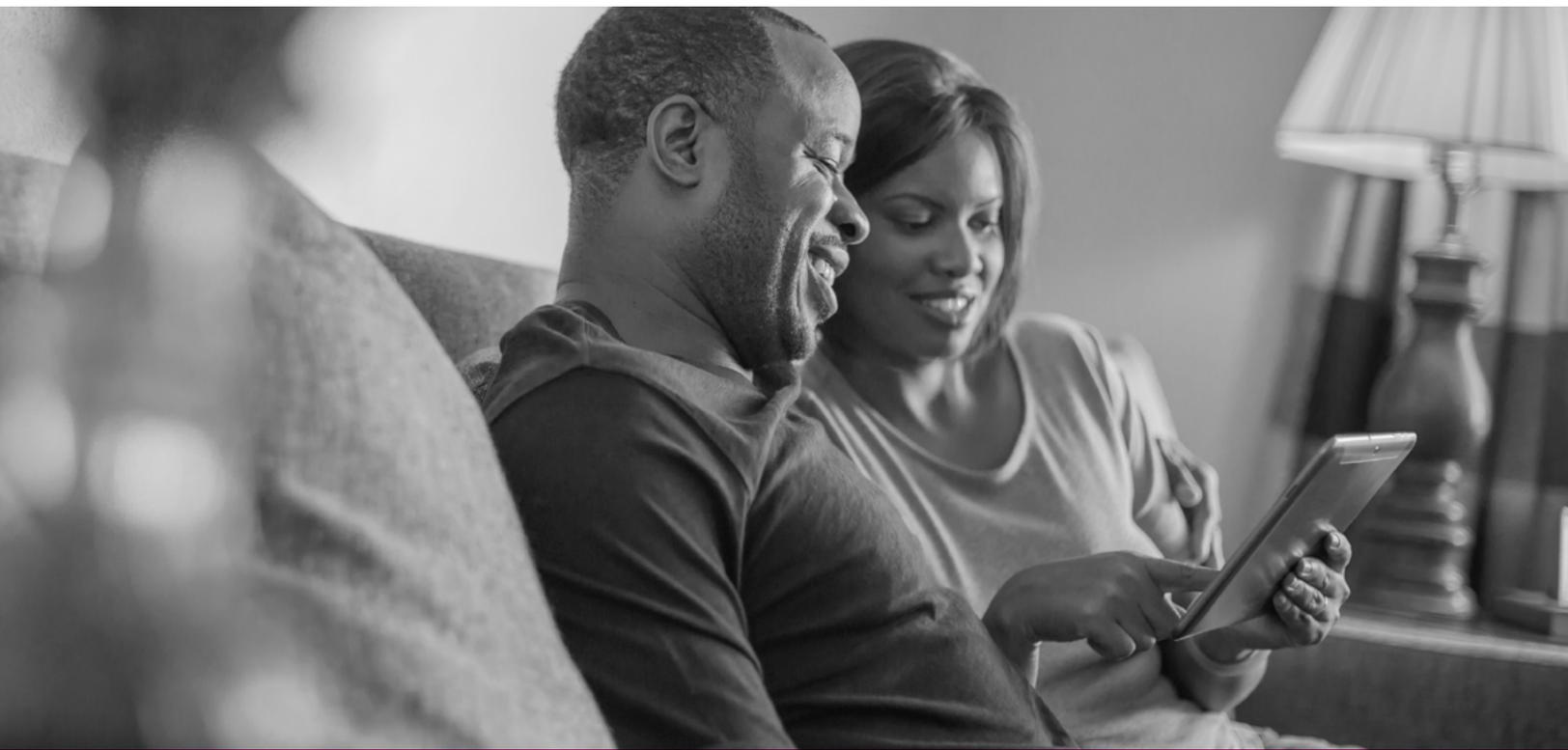
Ambetter de Sunshine Health

1301 International Parkway, Suite 400
Sunrise, Florida 33323

Si quiere conversar, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.

Servicios para miembros	1-877-687-1169
Fax	1-866-796-0523
Relay Florida	1-800-955-8770
Haga un pago	1-877-687-1169
Servicios de salud del comportamiento	1-877-687-1169
Línea de consejo de enfermería 24/7	1-877-687-1169
Reclamos y quejas	1-877-687-1169
Emergencia	911
Sitio Web	Ambetter.SunshineHealth.com

Cómo funciona su plan



Infórmese sobre cómo aprovechar al máximo su plan.
Cree su cuenta del miembro en línea para comenzar.

Cómo funciona su plan



¿Desea más información sobre nuestra área de servicio y proveedores dentro de la red? Visite Ambetter.SunshineHealth.com

Tiene seguro de salud — ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de control. Nuestro departamento de Servicios para los miembros puede ayudarle. Llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

- 1** Cree su cuenta segura del miembro en línea. Hágalo visitando la página “Para miembros” en Ambetter.SunshineHealth.com. Su cuenta del miembro guarda toda la información sobre los beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le da acceso a su *Lista de beneficios y Evidencia de cobertura*, información de reclamaciones, este manual para miembros y más.
- 2** Complete en línea su Encuesta de bienestar de Ambetter. Todo lo que tiene que hacer es entrar a su cuenta del miembro en línea. Completar esta encuesta nos ayuda a diseñar su plan alrededor de sus necesidades específicas — y le ayuda a usted a ganar \$50 en recompensas de *myhealthpays*! Consulte la página 38 para informarse más sobre el programa *myhealthpays*.
- 3** Inscríbase en pago automático de cuentas. Llámenos o entre a su cuenta del miembro en línea para inscribirse. El pago automático de cuentas retira automáticamente de su cuenta bancaria su pago mensual de la prima. Es simple, útil, conveniente y seguro.
- 4** Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP). Simplemente entre a su cuenta del miembro y vea una lista de proveedores dentro de la red de Ambetter en su área usando la aplicación **Encontrar un proveedor** en nuestro sitio web. Recuerde, su PCP, también conocido como médico personal, es el médico primario al que usted verá para la mayor parte de su atención médica. Esto incluye sus controles, visitas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.
- 5** Programe su examen anual de bienestar con su PCP. ¡Después de su primer control, ganará \$50 en recompensas de *myhealthpays*! ¡Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y haga una cita!





Si tiene preguntas sobre cómo pagar su cuenta, llame a servicios de cobranzas al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

¿Cómo puedo pagar mi cuenta mensual?

1. Pago en línea (¡Nuestra recomendación!)

- a. La inscripción es fácil. Para crear su cuenta del miembro en línea en Ambetter.SunshineHealth.com e inscribese en pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático de cuentas usando su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada, tarjeta bancaria de débito o cuenta bancaria.
- b. Además puede pagar con su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada o de débito bancaria. Simplemente siga las instrucciones de “pagar en línea” en Ambetter.SunshineHealth.com.

2. Pago por teléfono

- a. Pague por teléfono llamando a servicios de cobranzas al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) entre las 8 a. m. y 8 p. m. hora del Este. Usted tendrá la opción de pagar usando el sistema Interactivo de Respuesta de Voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de cobranza.

3. Pago por correo

- a. Envíe un cheque o giro postal a la dirección que aparece en el talón de pago de su factura. **Recuerde escribir su número de identificación del miembro en el cheque o giro postal y desprenda el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**

4. Pague con MoneyGram®

- a. MoneyGram® es nuestra opción de pago más nueva. Es rápido y fácil de usar cuando necesita hacer pagos de la prima el mismo día. MoneyGram ofrece localidades convenientes, para que pueda evitar el estrés de pagar tarde. Además, Ambetter cubre la cuota de MoneyGram — ¡así que usted solo paga su prima!
- b. Para encontrar una localidad de MoneyGram cerca de usted, visite MoneyGram.com/BillPayLocations o llame al 1-800-926-9400. Infórmese más sobre cómo usar MoneyGram para hacer su pago de la prima de Ambetter visite MoneyGram.com/BillPayment.



Asegúrese de que recibamos el pago de su prima a más tardar en la fecha de vencimiento. Si no lo recibimos, puede que no paguemos a los proveedores por sus reclamaciones médicas y de medicamentos recetados.

Si se termina su cobertura por no pagar su prima, usted no será elegible para inscribirse nuevamente con nosotros hasta la Inscripción abierta o un periodo de Inscripción especial.

¿Qué pasa si pago con retraso?

Su cuenta vence antes del primer día de cada mes. Por ejemplo, si está pagando su prima para junio, ésta vencerá el 31 de mayo.

Si usted no paga su prima antes de su fecha de vencimiento, puede que entre a un período de gracia (infórmese más en la página 10). Durante su periodo de gracia, seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el periodo de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Durante un periodo de gracia, puede que paremos — o dejemos pendiente — el pago de sus reclamaciones.



Servicios para los miembros

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro Departamento de Servicios para los miembros siempre está aquí para ayudarle.

Ellos le pueden ayudar a:

- Entender cómo funciona su plan
- Aprender cómo obtener la atención que necesita
- Encontrar respuestas a las preguntas que tenga sobre seguro de salud
- Ver lo que su plan cubre y no cubre
- Elegir un PCP que satisfaga sus necesidades
- Obtener más información sobre programas útiles, como Administración de la atención médica
- Encontrar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red)
- Solicitar su tarjeta de identificación del miembro u otros materiales del miembro



Decidir si necesita o no visitar la sala de emergencia puede ser confuso. Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-877-687-1169. Ellos pueden ayudarle a decidir dónde obtener atención médica.



¿Tiene pérdida de la audición total o parcial? Llame a Relay Florida: 1-800-955-8770 o visite Ambetter.SunshineHealth.com

Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Nuestra línea gratuita de consejo de enfermería que atiende 24/7 hace fácil obtener respuestas a sus preguntas de salud. ¡Ni siquiera tiene que salir de casa! El personal está compuesto por enfermeros titulados, nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 funciona todo el día, todos los días. Llame al 1-877-687-1169 si tiene preguntas sobre:

- Su salud, medicamentos o una condición crónica
- Si debe ir a la sala de emergencia (ER) o ver a su PCP
- Qué hacer si uno de sus hijos está enfermo
- Cómo manejar una condición en medio de la noche
- Acceso a nuestra biblioteca de información de salud en línea

Debe comunicarse con el Mercado de seguros de salud para actualizar su información de inscripción como su fecha de nacimiento, dirección o cuando reporte un ingreso o cambio de vida.

Visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Cuando esté conectado(a), esté listo(a) para dar su estado y luego pedir que un representante lo(a) ayude.

Información sobre afiliación y cobertura



Esté al tanto de la información importante sobre cómo mantener su cobertura. Su cobertura de Ambetter es válida mientras usted siga pagando su prima y cumpla con los requisitos de elegibilidad del Mercado de seguros de salud.

Siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan. Visite [Ambetter.SunshineHealth.com](https://www.Ambetter.SunshineHealth.com) y hágase cargo de su salud.



Para obtener información sobre opciones de inscripción y beneficios específicos del plan, entre a Ambetter.SunshineHealth.com

Detalles importantes sobre la cobertura

Su cobertura de Ambetter es válida mientras usted siga pagando su prima y cumpla con los requisitos de elegibilidad del Mercado de seguros de salud.

No discriminamos debido a su ingreso, historial de salud, condición física o mental, condición previa como miembro, condiciones preexistentes y/o estado de salud o genético esperado, o en base a raza, color, origen nacional, sexo, religión, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad o condición de vivienda.

Periodos de gracia

Si no paga su prima a más tardar en su fecha de vencimiento, entrará a un período de gracia. Este es el tiempo adicional que le damos para pagar (entendemos que algunas veces pasan cosas). Queremos que continúe recibiendo la atención que necesita.

Durante su periodo de gracia, seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el periodo de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Durante un periodo de gracia, puede que paremos — o dejemos pendiente — el pago de su reclamación.

Si se termina su cobertura por no pagar su prima, usted no será elegible para inscribirse nuevamente con nosotros hasta la Inscripción abierta o un periodo de Inscripción especial. ¡Así que asegúrese de pagar sus cuentas a tiempo!

Si recibe un pago de subsidio:

Después de pagar su primera cuenta, tiene un periodo de gracia de tres meses. Durante el primer mes de su periodo de gracia, seguiremos pagando reclamaciones para los servicios cubiertos que recibe. Si sigue recibiendo servicios durante el segundo y tercer mes de su periodo de gracia, puede que paremos estas reclamaciones. Si su cobertura está en el segundo o tercer mes de un periodo de gracia, informaremos a usted y sus proveedores de atención médica sobre la posibilidad de reclamaciones denegadas. Además notificaremos al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) (HHS) que usted no ha pagado su prima.

Si no recibe un pago de subsidio:

Después de que pague su primera cuenta, tiene un periodo de gracia de un mes. Durante este tiempo, seguiremos cubriendo su atención, pero podríamos parar sus reclamaciones. Informaremos a usted, sus proveedores y HHS sobre esta falta de pago y la posibilidad de reclamaciones denegadas.



Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter.



Reciba su copia gratuita de nuestro *Directorio de proveedores* llamando a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



Un *Directorio de proveedores* es una lista de proveedores cerca de usted.

Cómo encontrar la atención correcta

Estamos orgullosos de ofrecerle atención de calidad en Florida. Nuestra red de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han acordado brindarle sus servicios de atención médica.

Para buscar en nuestro *Directorio de proveedores*, visite Ambetter.SunshineHealth.com/findadoc y use nuestra herramienta **Encontrar un proveedor**. Esta herramienta tendrá la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluso información como nombre, dirección, números telefónicos, certificaciones profesionales, especialidad y certificación de la junta médica. Para obtener más información sobre la escuela de medicina y residencia de un proveedor, llame a Servicios para los miembros. Le puede ayudar a encontrar un proveedor de atención primaria (PCP), farmacia, laboratorio, hospital o especialista. Puede limitar su búsqueda por:

- Especialidad del proveedor
- Código postal
- Sexo
- Idiomas que se hablan
- Si actualmente él/ella acepta o no pacientes nuevos
- Horario de atención





Su tarjeta del miembro de Ambetter

Su tarjeta de identificación del miembro es prueba de que usted tiene seguro de salud con nosotros. Puede parecer poco, pero es muy importante.

Éstas son algunas cosas a tener en cuenta:

- Tenga consigo esta tarjeta en todo momento
- Será necesario que presente esta tarjeta en cualquier momento que reciba servicios de atención médica
- Usted debería haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Ambetter con sus materiales del paquete de bienvenida del miembro. Si no recibe su tarjeta de identificación del miembro antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Le enviaremos otra tarjeta.

Si necesita una tarjeta de identificación temporal o si le gustaría solicitar una nueva, entre a su cuenta segura del miembro.

Este es un ejemplo del aspecto típico de una tarjeta de identificación del miembro:





FROM | **sunshine health.**
Insured by Celtic Insurance Company

**IN NETWORK
COVERAGE ONLY**

Subscriber:	[Jane Doe]	Effective Date of Coverage:	
Member:	[John Doe]		[XX/XX/XX]
Policy #:	[XX-XXXXXX]	RXBIN:	[004336]
Member ID #:	[XXXXXXXXXX]	RXPCN:	[ADV]
Plan:	Ambetter Balanced Care 1] RXGROUP: [RX5445]		

Copays		Coinsurance (Med/Rx): [50%/30%]	
PCP:	[\$10]	Deductible (Med/Rx):	[\$250/\$500]
Specialist:	[\$25]	Rx (Generic/Brand):	[\$5/\$25]
ER:	[\$250]		

Cara anterior

Ambetter.SunshineHealth.com

Member/Provider Services:	Medical Claims:
[1-877-687-1169]	Sunshine Health
Relay FL: [1-800-955-8770]	Attn: CLAIMS
24/7 Nurse Line: [1-877-687-1169]	PO Box 5010
	Farmington, MO
	63640-5010

Numbers below for providers:

Pharmacy Help Desk: [1-888-304-9031]

EDI Payor ID: [68180]

EDI Help Desk: [Ambetter.SunshineHealth.com]

Additional information can be found in your Evidence of Coverage. If you have an Emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). Emergency services given by a provider not in the plan's network will be covered without prior authorization. Receiving non-emergent care through the ER or with a non-participating provider may result in a change to member responsibility. For updated coverage information, visit Ambetter.SunshineHealth.com.

AMB16-FL-C-00064
©2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Cara posterior



¡Visítenos en línea en
Ambetter.SunshineHealth.com!

Nuestro sitio web le ayuda a obtener las respuestas que necesita para recibir la atención correcta, de la manera correcta. Nuestro sitio web incluye un portal seguro para que usted revise el estado de su reclamación, vea su *Evidencia de cobertura (EOC)* o entienda sus costos de su propio bolsillo y copagos. Además le muestra su avance hacia el cumplimiento de su deducible anual.

Conéctese en línea y tome el control

¿Sabía que siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan? ¡Todo está en nuestro sitio web! Visite Ambetter.SunshineHealth.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede:

- Encontrar un PCP
- Localizar a otros proveedores, como una farmacia o un médico especialista
- Encontrar información sobre la salud
- Informarse sobre programas y servicios que pueden ayudarle a recuperar su salud y mantenerse sano

Use su cuenta del miembro en línea para:

- Pagar su cuenta mensual
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal o solicitar una nueva
- Ver el estado de sus reclamaciones e información de pagos
- Leer sus materiales del miembro (su *Evidencia de cobertura*, *Lista de beneficios*, este manual)
- Hacer un seguimiento de sus recompensas de *myhealthpays*™
- Completar su Encuesta de bienestar



Servicios cubiertos | Beneficios de gastos por servicios médicos



Nuestros planes ofrecen cobertura para una amplia gama de servicios de atención médica. Entienda sus beneficios y cobertura incluidos en su plan de salud de Ambetter.



Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter.

Autorización previa significa que un servicio necesita aprobación antes de ir al proveedor.

Puede encontrar su *Lista de beneficios* en línea. Simplemente entre a su cuenta del miembro en línea.



Nota: Si un servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto bajo el Plan de salud de Ambetter.

¿Qué cubre su plan?

Queremos satisfacer sus necesidades de atención médica. Así que nuestros planes dan cobertura para una amplia gama de servicios médicos y de salud del comportamiento.

Para que un servicio sea cubierto y elegible para reembolso, debe:

- Estar descrito en su póliza
- Ser necesario desde el punto de vista médico
- Ser indicado por su proveedor tratante o Proveedor de atención primaria (PCP).
- Ser autorizado por nosotros (cuando se requiere)
 - Por ejemplo:
 - » Servicios de o visitas a un proveedor fuera de la red
 - » Ciertos procedimientos quirúrgicos
 - » Ingresos al hospital como paciente internado

¿Quiere ver si un servicio necesita autorización o verificar la condición de un servicio que se presentó para autorización? Llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Si no obtiene autorización previa antes de que reciba los servicios, puede que se le considere responsable por el pago total. Puede informarse más sobre autorizaciones previas en la página 51.

Puede encontrar información sobre sus copagos específicos, costos compartidos y deducibles en su *Lista de beneficios*. Para ver una lista de exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*.



Esto es lo que su plan cubre

Los servicios de atención preventiva son controles de salud regulares que están diseñados para detectar problemas antes de que comiencen. Manténgase al día con estos servicios — ¡le pueden ayudar a mantenerse tan sano como sea posible! Asegúrese de programar citas para sus visitas de atención preventiva.

Para asegurarse de que reciba la atención que necesita — sin costos inesperados — es importante que sepa:

- Qué son los servicios de atención preventiva y;
- Qué servicios cubrirá su plan de salud

Cubrimos estos servicios de atención preventiva:

Para todos los adultos	Para mujeres	Para bebés, niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes anuales de bienestar • Evaluaciones de la presión arterial • Evaluaciones del colesterol • Inmunizaciones y vacunas, como la vacuna contra la gripe, según lo recomiendan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes anuales de la mujer sana • Exámenes de mamografía tradicionales* • Apoyo y suministros para la lactancia materna • Servicios relacionados con el embarazo <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de incompatibilidad con el Rh - Evaluaciones para la diabetes gestacional - Evaluaciones para deficiencia de hierro 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas del niño sano • Inmunizaciones y vacunas, según lo recomiendan los CDC • Evaluaciones del recién nacido, como una evaluación de la audición y una evaluación de la PKU (fenilcetonuria) • Evaluaciones del desarrollo • Evaluación y asesoría para la obesidad

Cubrimos:

- Servicios preventivos que están recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force) como Grado A o B: <http://www.uspreventiveservices taskforce.org/>. Use este enlace a todos los servicios preventivos cubiertos sin costo bajo la Ley de salud asequible.
- Inmunizaciones y vacunas recomendadas por los CDC
- Atención preventiva para mujeres respaldada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration) (HRSA)
- El calendario de visitas de bienestar para bebés, niños y adolescentes recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics)

*Su plan de salud o Ambetter paga por una evaluación para el cáncer de seno una vez al año a partir de los 35 años de edad. Es política de Ambetter from Sunshine Health que la tomosíntesis digital (3D) para las imágenes del seno no es necesaria desde el punto de vista médico. No se considera como un beneficio de salud preventiva. Por lo tanto, usted será responsable por los costos compartidos asociados con este servicio.



Recuerde usar un proveedor dentro de la red cuando reciba sus servicios de atención preventiva. Use nuestra herramienta **Encontrar un proveedor** en Ambetter.SunshineHealth.com para ver si un proveedor está en la red.



Para ver todos sus servicios de atención preventiva cubiertos, consulte su *Evidencia de cobertura*.



Puede encontrar una lista de recomendaciones y pautas en www.Healthcare.gov/center/regulations/prevention.html



Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver los detalles de cada servicio cubierto. Algunos tienen ciertas exclusiones y limitaciones.



Solo cubrimos servicios dentro de la red (a menos que sea un servicio de emergencia). Si va donde un proveedor fuera de la red sin aprobación previa, será responsable de todos los costos asociados con esos servicios. Asegúrese de que sus proveedores estén en la red usando nuestra herramienta **Encontrar un proveedor** en Ambetter.SunshineHealth.com

Su plan también cubre

- Servicios para lesiones cerebrales adquiridas
- Servicios de ambulancia
- Servicios para trastorno del espectro de autismo
- Servicios de salud del comportamiento para el abuso de sustancias
- Atención de emergencia
- Rehabilitación, rehabilitación y beneficios de centros de atención extendida
- Servicios de atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos
- Beneficios médicos y quirúrgicos, incluso:
 - Servicios hospitalarios
 - Servicios quirúrgicos
 - Servicios de médicos (proveedores de atención primaria [PCP] y especialistas)
 - Servicios profesionales
 - Suministros médicos
 - Pruebas diagnósticas
 - Quimioterapia
 - Hemodiálisis
 - Anestésicos
 - Oxígeno
 - Servicios dentales como resultado de una lesión
 - Equipo y suministros para diabéticos
 - Servicios quiroprácticos
 - Cuidado de maternidad
 - Equipo médico duradero
 - Beneficios para el habla y la audición
 - Beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (vea Beneficios de farmacia en la página 42)
 - Servicios de atención médica preventiva, basándose en las recomendaciones del Grupo de Trabajo Preventivo de EE.UU. (USPSTF)
 - Servicios de trasplantes
 - Servicios pediátricos para la vista
 - Procedimientos diagnósticos para determinar la causa de esterilidad y/o corrección de una condición médica o defecto que causa esterilidad

Su plan podría incluir*

- Los servicios de rutina para la vista en adultos (exámenes preventivos de los ojos, anteojos y/o lentes de contacto)
- Servicios dentales preventivos y básicos para adultos
- Tres visitas gratuitas como parte de sus beneficios. Esto incluye solo la visita en sí a su PCP. Todos los análisis de laboratorio, radiología (radiografías), cirugías menores u otros servicios que se brinden durante la visita estarán sujetos a su deducible y coseguro. Las visitas de atención preventiva, como su examen anual de la persona sana, no se incluyen como parte de las visitas gratuitas. Cubrimos sus visitas de atención preventiva por separado.

*La cobertura varía dependiendo de su plan. Vea su *Lista de beneficios* para obtener información específica de su cobertura.





Su *Evidencia de cobertura* tiene una lista completa de limitaciones y exclusiones de la cobertura, más una lista de qué servicios médicos están cubiertos en su plan en particular.



La Lista de medicamentos de Ambetter, o formulario, tiene una lista completa de todos los medicamentos cubiertos. Lea su copia en Ambetter.SunshineHealth.com

¿Qué no está cubierto?

Ofrecemos muchos beneficios importantes para el bienestar y evaluaciones de salud. Sin embargo, todavía hay algunas cosas que su cobertura no incluye.

Normalmente, solo cubrimos servicios y materiales que son:

- Administrados o indicados por su médico
- Necesarios desde el punto de vista médico para diagnosticar o tratar su lesión o enfermedad
- Cubiertos bajo atención preventiva

En general, no cubrimos:

- Servicios o suministros que se proporcionen antes de que la cobertura comience o después de que ésta termine
- Cobros que son mayores que el gasto por el servicio elegible
- Servicios para control del peso
- Servicios o medicamentos para la infertilidad
- Reducción o aumento del tamaño de los senos (a menos que sea necesario desde el punto de vista médico)
- Tratamiento cosmético (excepto por cirugía de reconstrucción después de una cirugía o lesión cubierta, o servicios que se realizan para corregir un defecto de nacimiento en un niño que ha sido miembro desde el nacimiento)
- Diagnóstico o tratamiento de discapacidades del aprendizaje, trastornos relacionados con la actitud o problemas de disciplina
- Cirugía de refracción de los ojos (para corregir la miopía, hipermetropía o el astigmatismo)
- Tratamiento experimental o en investigación o servicios no probados
- Tratamiento que se recibe fuera de Estados Unidos (excepto por una emergencia médica cuando se está de viaje por hasta 90 días consecutivos)
- Daño corporal autoinfligido intencionalmente
- Enfermedad o lesión sufrida como resultado de intoxicación por el miembro, excepto según se estipula de manera expresa bajo la estipulación de beneficios para salud mental y trastorno por uso de sustancias
- Servicios o gastos por tratamientos alternativos, incluso acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia con masaje rolfing y otras formas de tratamiento alternativo



Asegúrese de llamarnos y de informar sobre su emergencia en un plazo de un día hábil. No necesita aprobación previa para atención de emergencia.



Si recibe una cuenta del proveedor que no refleja sus costos compartidos según aparece en su *Lista de beneficios*, comuníquese con Servicios para los miembros en seguida: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cómo obtener atención médica cuando está lejos de casa

Cuando está fuera del área de servicio, no cubrimos su atención de rutina o mantenimiento. Sin embargo, cubrimos atención de emergencia fuera de su área de servicio.

Si usted está temporalmente fuera del área y tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Asegúrese de llamarnos y de informar sobre su emergencia en un plazo de un día hábil. No necesita aprobación previa para atención de emergencia.

Cobranza del proveedor: Qué esperar

Después de recibir atención médica, podría recibir una cuenta de su proveedor. Los proveedores solo pueden cobrarle por su parte del costo de servicios cubiertos. Esto incluye su deducible, copago y porcentaje de costos compartidos. Si recibe una cuenta del proveedor que no refleja sus costos compartidos según aparece en su *Lista de beneficios*, comuníquese con nosotros en seguida. Esto es muy importante.

Cuando reciba atención en un hospital que participa en Ambetter, es posible que algunos proveedores “basados en el hospital” (por ejemplo, anestesistas, radiólogos, patólogos) no estén en la red. Como resultado, estos proveedores les pueden cobrar por la diferencia entre lo que Ambetter les paga y la cuenta total – esto se conoce como “cobranza del balance”. Lo alentamos a que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter antes de que le den tratamiento, para que sepa si es posible que reciba o no una cuenta adicional por sus servicios.

Puede llamar a Servicios para los miembros, o enviarnos por correo o por fax la cuenta o estado de cuenta que recibió. Determinaremos por qué el proveedor le envió una cuenta y le daremos una respuesta tan pronto como sea posible.

Ambetter de Sunshine Health

1301 International Parkway, Suite 400
Sunrise, Florida 33323

Servicios para los miembros de Ambetter: 1-877-687-1169
Relay Florida: 1-800-955-8770
Fax: 1-866-796-0523



Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Normalmente los proveedores presentarán reclamaciones en su nombre, pero algunas veces usted puede ser responsable desde el punto de vista económico por servicios cubiertos. Normalmente esto ocurre si:

- Su proveedor no tiene contrato con nosotros
- Tiene una emergencia fuera del área

Si ha pagado por servicios que hemos acordado cubrir, puede solicitar reembolso por la cantidad que pagó. Podemos ajustar su deducible, copago o costos compartidos para reembolsarle.

Para solicitar reembolso por un servicio cubierto, necesita una copia de la reclamación detallada del proveedor. Además necesita presentar una explicación de por qué pagó por los servicios cubiertos junto con el formulario de reclamación de reembolso del miembro que se encuentra en el sitio web del plan de salud bajo “Recursos para los miembros.” Envíe esto a la dirección siguiente:

Ambetter de Sunshine Health
Attn: Claims Department
P.O. Box 5010
Farmington, MO 63640-5010

Después de recibir su reclamación, le informaremos que la hemos recibido, comenzaremos una investigación y solicitaremos todo lo necesario para resolver la reclamación. Lo haremos en 15 días o menos.

Le informaremos, por escrito, que hemos aceptado o rechazado su reclamación para procesamiento también dentro de un periodo de 15 días. Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamación dentro de un periodo de 15 días, le informaremos y explicaremos por qué necesitamos tiempo adicional.

Aceptaremos o rechazaremos su reclamación a más tardar 45 días después de recibirla. Si rechazamos su reclamación, el aviso indicará la razón. Si acordamos pagar por toda o parte de su reclamación, lo haremos a más tardar el quinto día hábil después de haberse hecho el aviso.



Si necesita atención que su PCP no le puede brindar, él o ella puede recomendar a un proveedor especializado. No se requieren referencias en papel.

¿Cuándo necesita una referencia?

Si tiene un problema médico, condición, lesión o enfermedad específica, probablemente necesitará ver a un especialista. Un especialista es un proveedor que está capacitado en un área específica de la atención médica. Para ver a un especialista, debe obtener una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP).

Los siguientes son algunos servicios que pueden requerir una referencia de su PCP:

- Los servicios de especialistas, incluso referencias permanentes o continuas a un proveedor específico
- Pruebas diagnósticas (radiografías y análisis de laboratorio)
- Obtención de imágenes de alta tecnología (tomografías CT, resonancias magnéticas [MRI], tomografías PET, etc.)*
- Servicios hospitalarios programados para pacientes ambulatorios
- Ingreso planeado como paciente internado*
- Servicios en clínicas
- Diálisis renal (para enfermedad renal)
- Equipo médico duradero (EMD)*
- Atención médica en el hogar*

*Requiere autorización previa de Ambetter de Sunshine Health.



Su Proveedor de atención primaria



Su proveedor de atención primaria (PCP), también conocido como su médico personal, es la persona a la que debería ver para todos los aspectos de su atención médica — desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud y más. Elija su PCP dentro de la red usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en línea.

Su proveedor de atención primaria



¡Cuando vea a su PCP, recuerde siempre llevar su tarjeta de identificación del miembro y una identificación con foto!



¡Recuerde seleccionar un PCP dentro de la red! Revise nuestro *Directorio de proveedores* para obtener una lista completa de sus opciones y su información de contacto. Está en la página **Encontrar un proveedor** de Ambetter.SunshineHealth.com/finadoc.

Si no selecciona un PCP, puede que nosotros le asignemos uno. Consulte la página 24 para elegir a su PCP hoy.



Ver a su PCP para controles regulares le ayuda a encontrar problemas temprano y lo hace elegible para una recompensa en su cuenta de **myhealthpays™**.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal. A él/ella también se le conoce como su médico personal. Su PCP es la persona a la que debería ver para todos los aspectos de su atención médica — desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud y más. Cuando está enfermo y no sabe qué hacer, debe comunicarse primero con su PCP.

Es necesario que tenga un PCP. Si no ha elegido uno, es hora de hacerlo. Consulte la página 24 para obtener ayuda para elegir a su PCP. Después de elegir un PCP, programe una visita de atención preventiva. Recuerde, debe de conocer a su PCP y establecer una relación sana — ¡comience hoy!

Su PCP:

- Dará atención médica preventiva y evaluaciones
- Le hará sus exámenes físicos regulares según los necesite
- Le dará las inmunizaciones regulares según las necesite
- Le dará servicios de manera oportuna
- Trabjará con otros médicos cuando usted reciba atención en algún otro lugar
- Coordinará la atención especializada con especialistas dentro de la red de Ambetter
- Proveerá toda la atención continua que usted necesite
- Actualizará su expediente médico, que incluye llevar la cuenta de toda la atención que usted recibe de todos sus proveedores
- Tratará a todos los pacientes de la misma manera
- Se asegurará de que usted pueda comunicarse con él/ella u otro proveedor en todo momento
- Conversará con usted sobre qué son las directivas anticipadas y archivará las directivas apropiadamente en su expediente médico



Puede que cuando se hizo miembro haya elegido a su PCP. Si no lo hizo, puede que le asignemos a un PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para informarse más, visite Ambetter.SunshineHealth.com

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Además puede ver nuestra lista de proveedores en la página **Encontrar un proveedor** en Ambetter.SunshineHealth.com



Nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 siempre está disponible. Llámenos con sus preguntas de salud: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cómo elegir al PCP correcto

Puede elegir a cualquier PCP disponible en nuestra red.

¡La decisión es suya! Podrá elegir de entre:

- Médicos familiares
- Médicos generales
- Internistas
- Enfermeros licenciados*
- Asistentes médicos
- Obstetras/ginecólogos (para las afiliadas)
- Pediatras (para los niños)

*Si elige a un enfermero licenciado como su PCP, su cobertura de beneficios y las cantidades de los copagos serían las mismas que para los servicios de otros proveedores dentro de la red. Vea su *Lista de beneficios* para obtener más información.

Cómo elegir un PCP para adultos

Como adulto joven, tener su propio plan de salud significa que querrá tomar decisiones saludables. Comience por elegir un proveedor de atención primaria para adultos (PCP) u otro proveedor de atención médica. Su PCP para adultos reemplazará a su pediatra. Para que pueda hacerse cargo de su salud con un examen anual de bienestar, una vacuna anual contra la gripe y otros hábitos saludables importantes. ¡Llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 y permítanos ayudarle a encontrar su PCP para adultos hoy!





¿Tiene problemas para conseguir una cita con su PCP? ¿Necesita ayuda con su atención de seguimiento? Llame a Servicios para los miembros: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Estamos aquí para ayudarle.



Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera de horas de oficina en su área. Si tiene un problema médico o pregunta urgente y no puede comunicarse con su PCP durante horas normales de oficina, puede llamar a la Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-725- 2989). Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Cómo hacer una cita con su PCP

Para hacer una cita con su PCP, llame al consultorio durante el horario regular de atención y fije la fecha y hora. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llame con 24 horas de anticipación. En cada cita, asegúrese de llevar su tarjeta identificación del miembro y una identificación con foto.

¿Cuánto tiempo debería tomar conseguir una cita?

Usted debería poder hacer una cita con su PCP de manera oportuna. Asocie su tipo de cita con el estándar de acceso correspondiente. Cada estándar de acceso es el típico periodo de espera que puede esperar para obtener una cita. Su proveedor debe asegurar que usted lo vea dentro de ese periodo de tiempo. Estas son algunas pautas generales a seguir:

Estándares de periodos de tiempo para citas:	
Tipo de cita	Estándar de acceso (periodo de espera)
PCP	
Visitas de rutina	30 días del calendario
Visita para adultos enfermos	48 horas
Visita pediátrica para niños enfermos	24 horas
Salud del comportamiento	
Visitas de rutina	10 días hábiles
Atención de urgencia	48 horas
Emergencia que no pone la vida en peligro	Dentro de 6 horas
Proveedores de emergencia	
Adultos y niños	Inmediatamente, 24 horas al día, 7 días a la semana y sin autorización previa
Otros	
Especialista	30 días del calendario
Proveedores de atención de urgencia	24 horas
Visita inicial – Mujeres embarazadas	14 días del calendario



Nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 siempre está abierta. Llámenos con sus preguntas de salud: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cuidado las 24 horas del día

Algunas veces, usted necesita ayuda médica cuando el consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP) está cerrado. Si esto ocurre, no se preocupe. Simplemente llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Un enfermero titulado siempre está disponible y listo para responder a sus preguntas de salud. En una emergencia, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencia más cercana.

Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que reciba de nuestros proveedores. Así que si le gustaría cambiar de PCP por cualquier razón, visite Ambetter.SunshineHealth.com. Entre a su cuenta del miembro en línea y siga estos pasos:

1. Haga clic en el ícono del corazón “My Health” (Mi salud) en la página inicial de su cuenta.
2. En su página de resumen de salud actual, haga clic en “Choose Provider” (Elegir un proveedor).
3. Elija un PCP de la lista. Asegúrese de elegir un PCP que actualmente esté aceptando nuevos pacientes.



¿Qué pasa si su proveedor sale de nuestra red?

Si su PCP está planeando salir de nuestra red de proveedores, le enviaremos un aviso 30 días antes de la fecha en que tiene la intención de irse (o apenas nos enteremos). Llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) tan pronto como sepa que su PCP se está yendo. Le podemos ayudar a elegir un nuevo PCP. Además seguiremos cubriendo sus servicios de salud con el PCP — según los términos de su Evidencia de cobertura — durante al menos 30 días después de que su PCP haya salido de nuestra red.

Si está en su segundo o tercer trimestre de embarazo cuando su PCP sale de nuestra red, puede seguir viendo a su PCP hasta que haya dado a luz a su bebé y completado su primera visita postparto. Usted podrá hacerlo siempre y cuando la desafiliación de su PCP no sea por razones relacionadas con calidad o fraude. Si tiene enfermedad terminal, puede seguir viendo a su PCP indefinidamente con una autorización previa.

Si tiene un especialista que sale de nuestra red, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Trabajaremos con usted para asegurar que su atención continúe. Además le ayudaremos a encontrar otro especialista dentro de nuestra red.

Con el fin de seguir dando cobertura como se indica arriba, el PCP o especialista tiene que estar de acuerdo con:

- Aceptar nuestro reembolso como pago completo — a la misma tarifa que antes de que él/ella saliera de nuestra red
- No cobrar cantidades de copagos que excedan sus copagos antes de la desafiliación
- Adherirse a nuestros estándares de garantía de la calidad y a proporcionar la información médica necesaria relacionada con su atención
- Seguir nuestras políticas y procedimientos, incluso procedimientos con respecto a referencias, requisitos de autorización y, según corresponda, la prestación de servicios de conformidad con nuestro plan de tratamiento



Para encontrar otro proveedor o especialista en nuestra red, vea nuestra lista de proveedores en la página **Encontrar un proveedor** en Ambetter.SunshineHealth.com/finadoc



Si necesita servicios de emergencia, revise nuestra sección de atención de emergencia: página 29.

Recuerde: Solo damos cobertura para proveedores fuera de la red si es un servicio de emergencia o si se aprueba con autorización previa.

¿Qué pasa con proveedores que no están en la red?

Debe tratar siempre de consultar con proveedores que estén en nuestra red. Pero si necesita ver a un proveedor fuera de la red, será necesario que coordine la atención con su proveedor de atención primaria (PCP) y que reciba nuestra aprobación. Tenemos que aprobar una cita con cualquier proveedor fuera de la red antes de que usted reciba tratamiento que no es de emergencia o no es urgente.

Si aprobamos su cita con un proveedor fuera de la red, su copago y deducible no cambiará. Le informaremos cuando se apruebe la autorización. **Si no recibe nuestra autorización previa, no podemos darle ningún beneficio, cobertura o reembolso. Usted será responsable desde el punto de vista económico por cualquiera y todos los pagos.**

Cuando reciba atención en un hospital que participa en Ambetter, es posible que algunos proveedores “basados en el hospital” (por ejemplo, anestesistas, radiólogos, patólogos) no estén en la red. Como resultado, estos proveedores le pueden cobrar por la diferencia entre lo que Ambetter les paga y la cuenta total – esto se conoce como “cobranza del balance.” Lo alentamos a que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter antes de que le den tratamiento, para que sepa si es posible que reciba o no una cuenta adicional por sus servicios.



A dónde ir para atención



Cuando necesite atención médica, es necesario que pueda decidir rápidamente adónde ir o qué hacer. Conozca sus opciones de atención, para que pueda recibir la atención correcta en el lugar correcto.

A dónde ir para recibir atención



Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 en cualquier momento: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Reciba la atención correcta en el lugar correcto

Cuando necesite atención médica, es necesario que pueda decidir rápidamente dónde ir o qué hacer. ¡Sepa cuáles son sus opciones! Estas incluyen:

1. **Llamar a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7**
2. **Hacer una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
3. **Visitar un centro de atención urgente**
4. **Ir a la sala de emergencia**

Su decisión dependerá de su situación específica. La sección siguiente describe cada una de sus opciones en más detalle, así que siga leyendo.

Recuerde — asegúrese siempre de que sus proveedores estén en la red. Usar proveedores dentro de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica. Cada vez que reciba atención médica, necesitará su tarjeta de identificación del miembro.

Qué hacer si su condición no pone la vida en peligro

Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 o visite a su PCP.

Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 si necesita:

- Saber si debe buscar tratamiento médico inmediatamente
- Ayuda para cuidar de un niño enfermo
- Respuestas a preguntas sobre su salud

Visite a su PCP si necesita:

- Ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebres
- Tratamiento para un problema de salud continuo como el asma o la diabetes
- Un control general
- Vacunas, atención preventiva o evaluaciones
- Consejo sobre su salud en general



Tenga su tarjeta de identificación del miembro e identificación con foto listas. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

La atención médica urgente no es atención médica de emergencia. Vaya a la sala de emergencia solo si su médico le dice que vaya o si tiene una emergencia que pone la vida en peligro.



Asegúrese siempre de que sus proveedores estén en la red. Usar proveedores dentro de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica.

Cuándo ir a un centro de atención urgente

Un centro de atención urgente brinda atención práctica y rápida para enfermedades o lesiones que no ponen la vida en peligro pero que igual es necesario tratar dentro de un periodo de 24 horas. Normalmente, usted irá a atención urgente si su PCP no puede darle una cita inmediatamente.

Los servicios comunes de atención urgente incluyen:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebres altas
- Síntomas de la gripe con vómito

Si cree que necesita ir a un centro de atención urgente, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP le puede dar atención e indicaciones por teléfono o enviarle al lugar correcto para atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede hacer una de las dos opciones a continuación:
 1. Visite nuestro sitio web, Ambetter.SunshineHealth.com/findadoc, escriba su código postal, seleccione “Other” (Otro). En el menú desplegable “Select Specialty” (Seleccionar especialidad), seleccione “Specialty Clinic, Clinic/Center: Urgent Care” (Clínica especializada, Clínica/Centro: Atención urgente).
 2. Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770). Un enfermero le ayudará por teléfono o le dirigirá a otra atención médica. Puede que tenga que dar al enfermero su número telefónico.

Revise su *Lista de beneficios* para ver cuánto debe pagar por servicios de atención urgente.



¿No está seguro de si tiene una emergencia? Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cuándo ir a la sala de emergencia

Todo lo que podría poner la vida en peligro (o la vida de su bebé que no ha nacido, si está embarazada) si no se recibe atención médica inmediata se considera una situación de emergencia. Los servicios de emergencia tratan lesiones accidentales o el inicio de lo que parece ser una condición médica. Cubrimos servicios médicos y de salud del comportamiento de emergencia tanto dentro como fuera del área de servicio. Cubrimos estos servicios 24/7.

Vaya a la sala de emergencia si tiene:

- Fracturas de huesos
- Hemorragia que no para
- Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada)
- Dolores intensos de pecho o síntomas de ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Ingestión de tóxicos
- Quemaduras graves
- Síntomas de shock (sudor, sed, mareos, piel pálida)
- Convulsiones o ataques
- Problemas para respirar
- Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar
- Heridas de bala o cuchillo

No vaya a la sala de emergencia para:

- Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortes o raspones que no requieren puntos
- Más renovaciones de medicinas o medicamentos recetados
- Dermatitis del pañal de su niño

Si va a una sala de emergencia fuera de la red y no está teniendo una emergencia verdadera, usted puede ser responsable de todas las cantidades por encima de lo que cubre su plan. Esas cantidades adicionales podrían ser muy grandes y serían adicionales a los costos compartidos y deducibles de su plan.





Si su vida (o la vida de su niño que no ha nacido) está en riesgo, vaya a la sala de emergencia.

Dependiendo de su plan, puede tener que pagar un copago para atención de emergencia.

Las salas de emergencia son solo para emergencias

Si va a la sala de emergencia cuando no necesita atención médica inmediata o de emergencia, usted puede terminar esperando más tiempo y pagando más. Así que es muy importante usar la sala de emergencia solo para emergencias reales.

Si no está seguro de si necesita atención de emergencia, no hay problema. Llame a su PCP primero. Él/ella le dirá qué hacer. Si su PCP no está disponible, llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Si su condición es grave, llame siempre al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Puede usar cualquier hospital para recibir servicios de emergencia. En caso de una emergencia, está bien que visite hospitales que están fuera de nuestra red. Sin embargo, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamarnos y llamar a su PCP dentro de un día hábil desde su ingreso. Esto ayudará a su PCP a coordinar la atención de seguimiento que usted pudiera necesitar.

Puede obtener servicios de salud del comportamiento de emergencia llamando al 911 y conectándose con su sistema de servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios locales. No denegaremos su cobertura para gastos médicos y de transporte para condiciones de salud del comportamiento de emergencia.



Programas de salud y bienestar



Queremos que esté sano, se mantenga sano y ayudarle con toda enfermedad o discapacidad.

Para ayudarle a manejar su salud, ofrecemos varios programas de manejo de la salud, que están incluidos en su plan de manera gratuita.

Como miembro de Ambetter puede ganar dólares de recompensa por hacerse cargo de su salud. Nuestro programa de recompensas **myhealthpays™** lo recompensa por completar actividades saludables. ¡Infórmese más sobre cómo puede ganar hasta \$250 en recompensas este año!

Programas de salud y bienestar



Hacemos más fácil que usted se haga cargo de su salud

Estamos comprometidos con brindar atención médica de calidad a usted y su familia. Queremos que recupere su salud, se mantenga sano y ayudarle con toda enfermedad o discapacidad.

Para ayudarle a hacerse cargo de su salud, ofrecemos varios programas: Administración de la atención, Manejo de enfermedades y Start Smart for Your Baby®, nuestro programa para un embarazo sano y planificación familiar. Todos estos programas útiles se incluyen en su plan de manera gratuita.

La sección siguiente brinda información sobre estos programas y le ayudará a inscribirse, si usted es elegible.

Programas de Administración de la atención

Entendemos las necesidades de salud especiales y estamos preparados para ayudarle a manejar las que usted pudiera tener. Nuestros servicios de Administración de la atención pueden ayudar con necesidades médicas o del comportamiento complejas. Si usted es elegible para Administración de la atención, le conectaremos con un administrador de la atención.

Los Administradores de la atención son enfermeros titulados o asistentes sociales que están especialmente capacitados para ayudarle a:

- Entender y manejar mejor sus condiciones de salud
- Coordinar servicios
- Ubicar recursos comunitarios

Su administrador de la atención trabajará con usted y su médico para ayudarle a obtener la atención que necesita. Si tiene una condición médica grave, su administrador de la atención trabajará con usted, su proveedor de atención primaria (PCP) y proveedores encargados para desarrollar un plan de atención que cumpla con sus necesidades y las necesidades de su cuidador.



Los programas de Administración de la atención le ayudan a manejar condiciones de salud complejas. Los programas de Manejo de enfermedades le ayudan reduciendo el riesgo de desarrollar una complicación seria como resultado de vivir con una condición crónica. ¿Tiene más preguntas? Llame a Servicios para los miembros: 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



Si cree que se podría beneficiar de nuestros programas de Administración de la atención o Manejo de enfermedades, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



¿Está listo para dejar de fumar? Si fuma, dejar de hacerlo es lo más importante que puede hacer por su salud. Sabemos lo difícil que puede ser dejar de fumar, así que estamos aquí para ayudarle. Nuestro programa para dejar de fumar le da el apoyo y la información que necesita para dejar de fumar de una vez por todas.

Programas de Manejo de enfermedades

Si tiene una condición crónica o problema de salud específico, nuestros servicios de Manejo de enfermedades pueden ayudar. Tenemos como socio a un programa de Manejo de enfermedades reconocido a nivel nacional para brindar servicios de Manejo de enfermedades. Estos servicios están diseñados para reducir el riesgo de complicaciones que se pueden desarrollar por vivir con una condición crónica si se deja sin tratar. Los servicios incluyen alcance telefónico, educación y apoyo. Queremos que usted pueda sentirse confiado(a), entender y controlar su condición, y lo que es más importante, reducir el riesgo de desarrollar complicaciones.

Ofrecemos programas de Manejo de enfermedades para:

- Asma – para niños y adultos
- Cardiopatía coronaria (enfermedad cardíaca) - 30+ años de edad
- Depresión y depresión perinatal
- Diabetes - para niños y adultos
- Hiperlipidemia (colesterol alto)
- Hipertensión (presión arterial alta) y
- Dolor de la parte baja de la espalda
- Dejar de usar tabaco
- TeleCare Management (TCM) también está disponible si Administración de la atención lo cree necesario.



Los servicios de planificación familiar solo están cubiertos cuando se brindan dentro de la red o por proveedores preferidos. Los beneficios de planificación familiar se brindan sin enfermedad o lesión.



Si está embarazada, ¡infrómenos lo antes posible! Llámenos al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) o entre a su cuenta segura del miembro y complete un formulario de Aviso de embarazo.



Queremos ayudarla a cuidar de sí misma y su bebé durante su embarazo. Para inscribirse en Start Smart for Your Baby®, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



Recuerde: El aborto no se considera como un servicio de planificación familiar.

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar dan a los miembros las herramientas para anticipar y lograr el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos.

Estos servicios incluyen:

- Asesoramiento sobre anticonceptivos
- Educación sobre planificación familiar
- Examen y tratamiento
- Exámenes y pruebas de laboratorio
- Métodos y procedimientos aprobados desde el punto de vista médico
- Suministros y dispositivos de farmacia

Servicios previos al embarazo y para el embarazo

- Consulte a su médico antes de quedar embarazada para preparar su cuerpo para el embarazo.
- Vaya al médico tan pronto como crea que está embarazada. Para permanecer sana y tener un buen comienzo, usted y su bebé necesitan ver a un médico tan pronto como sea posible.
- ¡Cúidese! Mantenga hábitos de estilo de vida sanos como hacer ejercicio, consumir comidas sanas y balanceadas y descansar durante 8 a 10 horas en la noche.
- No use tabaco, alcohol ni drogas ahora ni cuando esté embarazada.

Start Smart For Your Baby®

Si está embarazada, Start Smart for Your Baby® es nuestro programa especial para el embarazo que está diseñado solo para usted. A través de Start Smart for Your Baby®, usted recibe los recursos y el apoyo que pueden ayudarla durante las etapas del embarazo y la infancia. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) para obtener más información o inscribirse.



Lleve la cuenta de sus recompensas de **myhealthpays™** en su cuenta del miembro en línea. Inscríbese para ver sus recompensas hoy en Member.AmbetterHealth.com

Programa de recompensas **myhealthpays™**

Gane hasta \$250 este año con **myhealthpays™.**

Como miembro de Ambetter puede ganar dólares de recompensa por hacerse cargo de su salud. Nuestro programa **myhealthpays™** lo recompensa por completar actividades saludables.

Usted recibirá su Tarjeta Prepagada Visa® de **myhealthpays™** cuando gane su primera recompensa. Si ya tiene su Tarjeta Prepagada Visa de **myhealthpays™**, sus dólares de recompensa se añadirán a su tarjeta existente.

Añadiremos automáticamente las nuevas recompensas que gane a su Tarjeta Prepagada Visa de **myhealthpays™**. Cuanto más haga, más dólares de recompensa se añadirán a su tarjeta. ¡Es así de simple!

Puede usar sus recompensas para ayudar a pagar por sus costos de atención médica, como:

- Sus pagos de la prima mensual
- Copagos de médicos*
- Deducibles
- Coseguro



Tarjeta de muestra

*Las recompensas de My Health Pays™ no se pueden usar para copagos de farmacia.

Así es como puede ganar recompensas de **myhealthpays™**:

\$50	Complete su Encuesta de bienestar de Ambetter durante los primeros 90 días de su afiliación de 2017. ¡Comience la encuesta ahora!
\$50	Hágase su examen anual de bienestar con su proveedor de atención primaria (PCP). Encuentre un PCP.
HASTA \$75 ESTE AÑO	¡Permanezca activo para ganar hasta \$75 este año! Complete una actividad física como ir al gimnasio, ir a una caminata, jugar un partido de fútbol o correr una carrera de 5 kilómetros. Gane \$25 por cada actividad que complete.
\$50	Complete un programa On.Target – un plan de salud personalizado enfocado en nutrición, manejo del peso, manejo del estrés, ponerse en forma, dejar de fumar, bienestar financiero.
\$25	Reciba su vacuna antigripal anual en el otoño (9/1-12/31). Prográmela con su PCP.

Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank; miembro de FDIC. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares donde se aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del titular de la tarjeta para las restricciones completas del uso.



On.Target le ayuda a concentrarse en el área de salud que más le interesa—actividad física, manejo del estrés, nutrición, manejo del peso, dejar de fumar o bienestar financiero.

On.Target le ayuda a:

- Fijar metas para usted
- Trabajar a su propio ritmo usando pruebas rápidas interactivas, listas de control, videos, listas de cosas que hacer y más

Siga su programa personalizado en línea. ¡Entre a su cuenta segura en línea del miembro en Member.AmbetterHealth.com hoy para comenzar!



Para ganar sus recompensas, entre a su cuenta del miembro en línea en Member.AmbetterHealth.com e informe que completó sus actividades físicas.

Programa de recompensas *my*healthpays™

(Continuación)

Gane \$25 cada vez que complete una actividad física que aparece en la tabla siguiente (hasta \$75 máx).

Visitas al gimnasio y actividades relacionadas	
10 Visitas al gimnasio	Vaya al gimnasio, piscina, pista de patinaje, realice artes marciales o vaya a una instalación similar para hacer ejercicio 10 veces.
10 Visitas más al gimnasio	
10 Visitas más al gimnasio	
Actividades para ponerse en forma	
5 Actividades al aire libre	Participe en una actividad física al aire libre en 5 ocasiones separadas. Elija de actividades como ir a una caminata, una clase de ejercicios, un paseo en bicicleta, etc.
5 Actividades sociales	Participe en una actividad física con un amigo y/o familiar en 5 ocasiones separadas. Vaya a una caminata, juegue un partido de fútbol o baloncesto, etc.
Caminar o correr una carrera	Participe y termine una carrera patrocinada que sea de 5 kilómetros o más.
Registro de actividad en el administrador de estilo de vida	
Registre una actividad física	Use su Administrador de estilo de vida en línea para registrar una actividad física al menos una vez durante el Año del programa.
Registre 500 minutos de actividad física	Registre al menos 500 minutos de actividad física en su Administrador de estilo de vida. Éstas son actividades diarias como sacar a caminar a su perro por el vecindario o correr en la mañana.
Registre 500 minutos más de actividad física	

Entre a su cuenta segura del miembro en línea en Member.AmbetterHealth.com para llevar la cuenta de sus recompensas y ver el saldo de su tarjeta. Y complete actividades saludables, como su Encuesta de bienestar.



Servicios de salud del comportamiento



Estamos aquí para ayudar con servicios de tratamiento para salud mental o trastornos por el uso de sustancias.

Servicios de salud del comportamiento



Servicios de salud mental y para el trastorno por el uso de sustancias

Si necesita ayuda, podrá obtenerla. Brindamos beneficios de salud mental y para trastornos por el uso de sustancias sin discriminación. Estos servicios cubren el diagnóstico y el tratamiento activo necesario desde el punto de vista médico de:

- Trastornos de salud mental
- Trastornos por el uso de sustancias

Sus copagos, deducibles y límites de tratamiento para servicios de salud del comportamiento funcionan igual que para sus servicios de salud física.

Puede elegir a cualquier proveedor de nuestra red de salud del comportamiento. No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP).

Algunos servicios de salud del comportamiento pueden requerir autorización previa. Consulte su *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios para los miembros para obtener más detalles.

Beneficios de farmacia



Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurar que cubramos los medicamentos usados para tratar una variedad de condiciones y enfermedades. Infórmese sobre la cobertura para sus medicamentos y nuestra Lista de medicamentos de Ambetter o Lista de medicamentos preferidos (PDL).



Para ver el formulario más actualizado de Ambetter visite Ambetter.SunshineHealth.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cobertura para sus medicamentos

Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurar que cubramos los medicamentos usados para tratar una variedad de condiciones y enfermedades. Cuando lo indique un proveedor, cubrimos medicamentos recetados y ciertos medicamentos de venta sin receta.

Sírvase notar que algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen limitaciones de edad, dosis y cantidades máximas. Consulte la Lista de medicamentos de Ambetter, o formulario, para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos.

Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, lea su *Evidencia de cobertura* — puede encontrarla en su cuenta del miembro en línea en Ambetter.SunshineHealth.com.

Lista de medicamentos de Ambetter

Nuestra Lista de medicamentos de Ambetter, es la lista de medicamentos recetados que cubrimos. Nuestra Lista de medicamentos de Ambetter, se actualiza de manera mensual e incluye la lista de medicamentos recetados que cubrimos e incluye medicamentos que usted recibe en farmacias minoristas y farmacias de pedido por correo. El Comité de Farmacia y Terapéutica de Ambetter (Ambetter Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee) evalúa continuamente nuestro formulario para asegurar que estemos usando medicamentos de la manera más apropiada y rentable. El Comité de P&T consiste de médicos, farmacéuticos y otros profesionales médicos que representan intereses locales.

Definición de formulario — El formulario es una guía para los medicamentos de marca y genéricos disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) (FDA) y son cubiertos a través de su beneficio de medicamentos recetados. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus homólogos de marca y se deben considerar como la primera línea de tratamiento. La FDA requiere que los medicamentos genéricos sean seguros y trabajen igual que los medicamentos de marca. Si no hay genérico disponible, puede que haya más de un medicamento de marca para tratar una condición. Los medicamentos de marca preferidos se muestran en el nivel 2 para ayudar a identificar medicamentos de marca que sean opciones de tratamiento apropiadas, seguras y rentables desde el punto de vista clínico, si un medicamento genérico del formulario no es adecuado para su condición.

Tenga en cuenta que el formulario no está diseñado para ser una lista completa de los medicamentos cubiertos bajo su beneficio de medicamentos recetados. No todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Esta lista es revisada y actualizada periódicamente y puede estar sujeta a cambio. Se pueden añadir o eliminar medicamentos, o se pueden añadir requisitos adicionales con el fin de aprobar el uso continuo de un medicamento específico.

Diseños de planes específicos de beneficios de medicamentos recetados pueden no cubrir ciertos productos o categorías, independientemente de que aparezcan en el formulario. Revise sus beneficios para ver limitaciones en la cobertura y su parte del costo de sus medicamentos.



Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite Ambetter.SunshineHealth.com o llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Medicamentos y suministros de venta sin receta (OTC)

Cubrimos una variedad de medicamentos de venta sin receta. Puede encontrar una lista de medicamentos de venta sin receta cubiertos en nuestro formulario — estarán marcados como “OTC.” Nuestro formulario cubre sus medicamentos recetados cuando son de un proveedor autorizado. Su receta debe cumplir con todos los requisitos legales.

Cómo surtir una receta

Surtir una receta es simple. Puede hacer que se surtan sus recetas en una farmacia minorista de la red o de una farmacia de pedido por correo.

Si decide que su receta se surta en una farmacia de la red, puede usar nuestro *Directorio de proveedores* para ubicar una farmacia cerca de usted. Puede tener acceso al *Directorio de proveedores* en Ambetter.SunshineHealth.com en la página **Encontrar un proveedor**. Esta herramienta no solo le permitirá buscar médicos, sino también hospitales, clínicas y farmacias. Además puede llamar a un Representante de servicios para los miembros para que le ayude a encontrar una farmacia. En la farmacia, será necesario que dé al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación del miembro.

Además ofrecemos un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de mantenimiento por correo o de farmacias minoristas dentro de la red para planes de beneficios específicos. Estos medicamentos tratan condiciones o enfermedades prolongadas, como presión arterial alta, asma y diabetes. Puede encontrar una lista de medicamentos cubiertos en Ambetter.SunshineHealth.com. Además podemos enviarle por correo la lista directamente.

Farmacia de pedido por correo

Si tiene más de un medicamento recetado que toma regularmente, nuestro programa de entrega en el hogar podría ser perfecto para usted. Si elige inscribirse, puede hacer que sus medicamentos recetados se entreguen de manera segura a su puerta. Este servicio es rápido, conveniente y se ofrece sin cargo adicional para usted. Usted todavía será responsable por sus copagos/coseguros habituales. Para inscribirse para entrega en el hogar o para preguntas adicionales, llame a nuestra farmacia de pedido por correo al 1-888-239-7690. En su lugar, puede llenar el formulario de inscripción y enviarlo a la dirección que está al final del formulario. El formulario de inscripción se puede encontrar en el sitio web de Ambetter. Una vez que esté en nuestro sitio web, haga clic en la sección “Para miembros,” “Recursos de farmacia.” El formulario de inscripción estará bajo el título de Formulario.

Beneficios dentales para adultos



Añadir cobertura dental a su plan de salud de Ambetter ayuda a mantener sus dientes sanos.

Beneficios dentales para adultos



Ofrecemos cobertura dental. Lláme al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) para inscribirse u obtener más información.



Recuerde: Use siempre proveedores dentro de la red para su cuidado dental. Para ver una lista de nuestros proveedores dentales, visite Ambetter.SunshineHealth.com

Añada cobertura dental a su plan

Mantenga sus dientes sanos añadiendo un paquete de cuidado dental para adultos a su plan (los niños de 19 años de edad y menores ya tienen beneficios dentales pediátricos). Puede tener nuestro plan de cuidado dental opcional por un pequeño costo mensual. La cobertura dental tiene un máximo anual que se aplica a todos los servicios cubiertos y copagos por ciertos servicios.

Nuestro paquete de cuidado dental brinda cobertura para:

- Cuidado básico preventivo (radiografías y limpiezas)
- Cierta cuidado de restauración (empastes y extracciones)

Los miembros deben visitar a un proveedor dentro de la red. Usted será responsable desde el punto de vista económico por pago de los servicios si ve a un proveedor fuera de la red.

Beneficios de la vista para adultos



Los beneficios opcionales de cuidado de la vista incluyen exámenes de rutina de los ojos y más cuando los añade a su plan de salud de Ambetter.

Beneficios de la vista para adultos



Añada cobertura para la vista a su plan

Ofrecemos un paquete opcional para cuidado de la vista para adultos (los niños de 19 años de edad y menores ya tienen beneficios para la vista). Puede añadir cuidado de la vista a su plan actual por un pequeño costo mensual. Nuestro paquete para cuidado de la vista incluye:

- Exámenes de rutina de los ojos
- Anteojos con medida
- Lentes de contacto

Para obtener información con respecto a sus copagos y/o deducible específicos, consulte su *Lista de beneficios*.

Administración de la utilización



Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de administración de la utilización está diseñado para asegurar que usted reciba el tratamiento que necesita. Infórmese sobre nuestro proceso de revisión y autorización.



Visite
Ambetter.SunshineHealth.com
para verificar su autorización
y cobertura de beneficios.

¿Qué es Administración de la utilización?

Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención y los servicios correctos cuando los necesita. Nuestro proceso de administración de la utilización está diseñado para asegurar que usted reciba el tratamiento que necesita.

Aprobaremos todos los beneficios cubiertos que sean necesarios desde el punto de vista médico. Nuestro Departamento de Administración de la Utilización (Utilization Management) (UM) verifica que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si está cubierto, los enfermeros de UM verifican si el servicio es necesario desde el punto de vista médico. Lo hacen mediante la revisión de las notas médicas y hablando con su médico. No recompensamos ni pagamos a nuestros médicos o empleados por aprobar o denegar servicios. Todas las decisiones se basan en atención apropiada y cobertura.

Qué revisamos:

- Servicios médicos
- Suministros médicos y quirúrgicos
- Algunos medicamentos
- Otros servicios

Por qué revisamos:

- Para determinar si los servicios estarán cubiertos en su plan
- Para determinar si los servicios son necesarios desde el punto de vista médico
- Para determinar si los servicios se brindarán en la manera más apropiada y rentable desde el punto de vista clínico

Esta información puede parecer complicada, pero esta sección la explica en partes. Usamos los siguientes métodos para la administración de la utilización:

- Autorización previa
- Programa de revisión de la utilización
 - Revisión prospectiva de la utilización
 - Revisión simultánea de la utilización
 - Revisión retrospectiva de la utilización
- Avisos de determinación adversa
- Criterios de revisión

¿Tiene preguntas sobre la administración de la utilización? Llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) para obtener respuestas.



Revise su *Evidencia de cobertura* para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluso detalles y periodos de tiempo de presentación específicos. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del miembro en línea.

¿Qué es Autorización previa?

Algunas veces, necesitamos aprobar servicios médicos antes de que los reciba. Este proceso se llama Autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio médico o estadía en el hospital.

Para ver si un servicio requiere autorización, verifique con su Proveedor de atención primaria (PCP), el proveedor que lo indica o Servicios para los miembros. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestros enfermeros y médicos la revisarán. Informaremos a usted y a su médico si el servicio es aprobado o denegado.

¿Qué es Revisión de la utilización?

Nuestro Programa de Revisión de la utilización revisa servicios para asegurar que la atención que usted reciba será la mejor manera de ayudar a mejorar su condición de salud.

Tenemos tres métodos distintos de revisión de la utilización:

- Revisión prospectiva de la utilización
- Revisión simultánea de la utilización
- Revisión retrospectiva de la utilización

Revisión prospectiva de la utilización

Revisión prospectiva de la utilización es un método que revisa y aprueba servicios antes de que los reciba. Podemos realizar una revisión prospectiva de la utilización una vez que hayamos recibido la información necesaria de su proveedor. “Información necesaria” incluye:

- Los resultados de cualquier evaluación clínica en persona (incluso pruebas diagnósticas)

O

- Cualquier segunda opinión que se pudiera requerir

Una vez que hayamos determinado si el servicio será aprobado o denegado, informaremos a usted y su proveedor por escrito. Si el servicio o beneficio es denegado y usted no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación (página 55).

Revisión simultánea de la utilización

La revisión simultánea de la utilización es un método de revisión que evalúa sus servicios o planes de tratamiento que ya se están implementando (como una estadía o ingreso como paciente internado) a medida que ocurren. Este proceso determina cuándo puede que el tratamiento ya no sea necesario desde el punto de vista médico. Incluye planificación del alta para asegurar que reciba servicios que necesita después de su alta.

Revisión retrospectiva de la utilización

Las revisiones retrospectivas ocurren después de que un servicio ya haya sido autorizado. Podemos realizar una revisión retrospectiva para:

- Asegurar que la información provista en el momento de la autorización era correcta y completa
- Evaluar servicios que recibió debido a circunstancias especiales (por ejemplo, si no tuvimos tiempo para recibir autorización o aviso debido a una emergencia)



Usted no es responsable desde el punto de vista económico por servicios que obtiene como paciente internado antes de recibir su aviso de determinación adversa.

Puede que usted sea responsable desde el punto de vista económico por servicios que reciba un día del calendario o más después de la fecha en que recibió su aviso de determinación adversa.



¿Quiere los criterios usados para hacer una determinación adversa específica? Usted (o su proveedor tratante) se debe comunicar con el Departamento de Administración médica llamando al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Avisos de determinación adversa y Apelaciones

Una determinación adversa ocurre cuando un agente de revisión de la utilización deniega un servicio porque no es necesario desde el punto de vista médico, o porque es experimental o está en investigación.

Usted recibirá un aviso por escrito para informarle si hemos hecho una determinación adversa. Cuándo usted reciba un aviso de determinación adversa depende del tipo de revisión (prospectiva, simultánea o retrospectiva).

En su aviso de determinación adversa, usted recibirá información detallada sobre por qué se emitió, así como los periodos de tiempo que usted debería de observar para presentar apelaciones.

Si tiene una condición que pone la vida en peligro y recibe un aviso de determinación adversa, podrá apelar inmediatamente a una organización revisora independiente (independent review organization) (IRO). Una IRO es una organización autorizada independiente que puede volver a revisar su apelación (página 56). Si tiene una condición que pone la vida en peligro, no tiene que seguir nuestro proceso de apelación de determinación adversa.

¿Qué son los criterios de revisión?

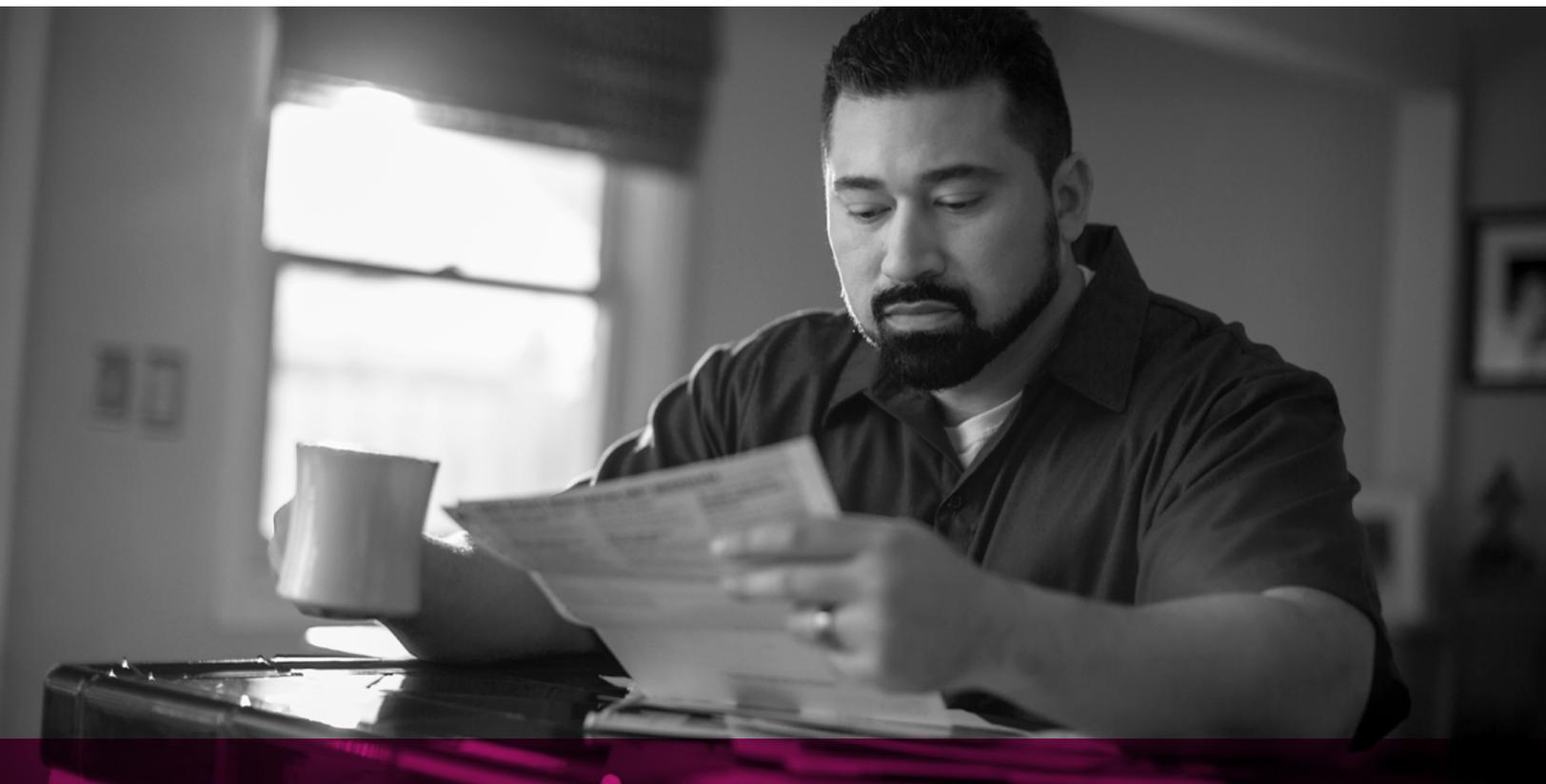
El personal de nuestro Comité de Administración de la Utilización (Utilization Management) (UM) basa sus decisiones en un conjunto de directrices llamado criterios de revisión. Los criterios se establecen, se evalúan y actualizan con la participación apropiada de proveedores que son miembros del Comité de Administración de la Utilización. El personal de UM toma decisiones basándose en prácticas nacionales, que están basadas en evidencia médica o prácticas de atención médica y revisan cada autorización de manera objetiva. Nuestro director médico revisa todas las decisiones potenciales de denegación de necesidad médica.

NOTA:

Nuestras políticas aseguran que:

- Las decisiones con respecto a la prestación de servicios de atención médica se basen únicamente en lo apropiado de la atención médica y los servicios, y la existencia de cobertura
- Los profesionales u otras personas que emiten denegaciones de cobertura o servicios no reciben recompensa específica
- Los incentivos económicos para las personas que toman las decisiones no alientan decisiones que resultan en utilización deficiente

Proceso de reclamos y apelaciones del miembro



Tenemos pasos para manejar problemas que usted pudiera tener. Para mantenerlo satisfecho, ofrecemos procesos para presentar apelaciones o reclamos.

Proceso de reclamos y apelaciones del miembro



Si no está contento con su atención

Esperamos que siempre esté contento con nosotros y nuestros proveedores. Pero si no lo está, tenemos medidas para hacernos cargo de los problemas que usted pudiera tener. Para mantenerle satisfecho, ofrecemos los procesos siguientes:

- Proceso de reclamos
- Presentación del reclamo a la Oficina Reguladora de Seguros de Florida (Florida Office of Insurance Regulation) (OIR).
- Proceso de apelaciones
- Revisión externa por una organización revisora independiente (IRO)

Cómo presentar un reclamo

Puede presentar una apelación de un reclamo, por escrito, ya sea por correo postal o por facsímil (fax). Si requiere asistencia para presentar un reclamo o si no puede presentar el reclamo por escrito, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 para pedir ayuda a través del proceso.

Envíe su formulario de reclamo por escrito a:

**Ambetter de Sunshine Health
Grievance/Appeal Department**
1301 International Parkway, Suite 400
Sunrise, FL 33323
Fax: 1-800-225-2573

Reclamos acelerados

Si su reclamo tiene que ver con una emergencia o una situación en la que a usted se le pueda forzar a salir del hospital prematuramente, lo resolveremos a más tardar un día hábil después del momento en que lo recibimos. Dentro de tres días hábiles, recibirá una carta con la resolución a su reclamo.

Reclamos no acelerados

Si presenta un reclamo no acelerado, recibirá la resolución dentro de 30 días del calendario siguientes a cuando lo recibimos.

Apelación de un reclamo

Presentación a la Oficina Reguladora de Seguros de Florida (Florida Office of Insurance Regulation) (OIR): Puede presentar un reclamo a la OIR de Florida. Visite <http://www.flair.com> para llenar un formulario de reclamo y presentarlo en línea.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluso los detalles y periodos de tiempo de presentación específicos. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del miembro en línea.



Prometemos que nunca tomaremos represalias en contra suya o de su proveedor por presentar un reclamo o apelar nuestra decisión.



Si se deniega su apelación, usted también tendrá derecho a solicitar una revisión por la organización revisora independiente (IRO). Obtenga más información en la página 56.



NOTA: Usted no puede solicitar una extensión de servicios después de que haya terminado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cómo presentar una apelación

Usted o su representante autorizado, puede presentar una apelación por usted, por escrito, ya sea por correo postal o por fax dentro de un plazo de 30 días de recibir aviso de la acción de denegación. Si requiere asistencia para presentar una queja o si no puede presentar la queja por escrito, puede llamarnos al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) para pedir ayuda a través del proceso. Para una solicitud urgente, también puede presentar una queja por teléfono.

Si se le han denegado servicios médicos o de salud del comportamiento que son necesarios desde el punto de vista médico, puede solicitar una apelación. Debe presentar la apelación dentro de un plazo de 90 días desde que recibe el servicio.

Qué tan rápido respondemos a su apelación depende del tipo de apelación que presente:

Acelerada:

- Para servicios cuando la vida está en peligro, urgentes o para pacientes internados
- Tiempo de respuesta: 72 horas

Estándar:

- Para servicios que no son de emergencia
- Tiempo de respuesta: en un plazo de 30 días

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada es una apelación a la que se responde rápidamente. Puede solicitar una apelación acelerada si se le deniega atención para una situación de emergencia o para atención hospitalaria continua. Responderemos a su apelación dentro de un día hábil desde la fecha en que recibimos toda la información necesaria. Entonces procesaremos su apelación acelerada basándonos en la condición médica, el procedimiento o tratamiento que estamos revisando.

Además puede solicitar una apelación acelerada para una denegación de atención urgente. Responderemos a su apelación por atención urgente en un plazo de 72 horas desde su solicitud. Puede solicitar una apelación acelerada para atención urgente si:

- Usted cree que la denegación podría dañar gravemente su vida o salud
- Su proveedor cree que usted experimentará dolor intenso sin la atención o el tratamiento denegado

Con el fin de que respondamos una apelación acelerada, tenemos que estar de acuerdo con que esperar 30 días para una apelación estándar podría poner su vida o salud en peligro. Si no estamos de acuerdo, le informaremos. Su solicitud pasará entonces por el proceso normal y usted recibirá una respuesta en 30 días.



¿Qué es una apelación acelerada?

(Continuación)

Cobertura continua durante una apelación

Si presenta una apelación, su cobertura seguirá hasta:

- El final del periodo de tratamiento aprobado
- La determinación de la apelación

Usted puede ser responsable desde el punto de vista económico por los servicios continuos si no se aprueba su apelación.

Usted puede solicitar servicios continuos llamando a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Cómo obtener una revisión externa

Si no aprobamos un servicio, tiene otra opción para una revisión. Esto se conoce como una organización revisora independiente (IRO), o un tercero revisor. La IRO está conformada por médicos que no trabajan para nosotros.

Cómo solicitar una IRO si tiene una:

- **Condición que pone la vida en peligro**
 - Usted puede solicitar una IRO sin apelar primero con nosotros. La IRO le dará su decisión dentro de un plazo de 72 horas. Ellos también le enviarán una carta para sus expedientes dentro de 48 horas después de tomar la decisión.
- **Condición que no pone la vida en peligro**
 - Presente una apelación con nosotros antes de solicitar una IRO. Si no respondemos a su apelación en 30 días, puede solicitar una revisión inmediata de la IRO.

La comunicación importa

Todos nuestros miembros son importantes para nosotros. No importa quién sea usted, queremos asegurar que nos comuniquemos con usted de la mejor manera que podamos. Es por eso que tenemos programas de comunicación para personas que solo saben un poco de inglés o que pueden tener dificultades sensoriales. Todos nuestros miembros, miembros prospectivos, pacientes, clientes y familiares de los miembros pueden usar estos servicios.

Si necesita ayuda para comunicarse o materiales relacionados con reclamos y apelaciones, puede recibirlos sin costo. Mantenemos registros de cada reclamo y apelación durante 10 años.



Si quiere solicitar una IRO, podemos ayudar. Llámenos al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



Revise su *Evidencia de cobertura* para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del miembro en línea.

Programa de fraude, desperdicio y abuso



Vea cómo puede ayudarnos a prevenir fraude y abuso de seguros.



Reporte fraude o abuso llamando a nuestra línea directa de FWA al 1-866-685-8664.

Entienda el fraude en seguros

El fraude en seguros es un gran problema. Tomamos en serio todos los casos de fraude y abuso. Si cree que un proveedor, miembro u otra persona puede estar cometiendo fraude o abuso de seguros, infórmenos en seguida. Llame a nuestra línea directa de fraude, desperdicio y abuso (FWA).

Línea directa de FWA: 1-866-685-8664

Un tercero independiente contesta nuestra línea directa de FWA. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Y si no quiere hacerlo, no tiene que dar su nombre.

Nuestro personal también está disponible para hablar con usted al respecto. Se puede comunicar con nosotros en:

Ambetter de Sunshine Health
Compliance Department
1301 International Parkway, Suite 400
Sunrise, FL 33323

¿Qué es fraude en seguros?

El fraude en seguros ocurre cuando un miembro, proveedor u otra persona usa indebidamente nuestros recursos. Por ejemplo:

- Prestar, vender o dar su tarjeta de identificación del miembro a alguien que no sea usted mismo(a)
- Uso indebido de beneficios
- Compartir beneficios
- Cobranza indebida por un proveedor
- Toda acción para estafar al programa

Usted recibe beneficios de atención médica basándose en su elegibilidad. Si usted usa indebidamente sus beneficios, podría perderlos por completo. Se puede tomar acción legal en contra de usted si usa indebidamente sus beneficios. Los proveedores deben reportarnos todo uso indebido de los beneficios.

¿Qué es abuso en seguros?

El abuso es todo lo que va en contra de prácticas sólidas financieras, comerciales o médicas, resultando en costos innecesarios. El abuso es accidental — no tiene planificación previa y no hay intención de engañar.

Los ejemplos incluyen:

- Cobranza por servicios que no están cubiertos o no son necesarios desde el punto de vista médico
- Cobranza por servicios que no cumplen con estándares de atención médica reconocidos desde el punto de vista profesional
- Prácticas del miembro y proveedor que resultan en costos innecesarios

Derechos del miembro



Esté informado sobre sus derechos como miembro del plan de salud de Ambetter, así como, políticas que tenemos establecidas para proteger su privacidad.



Entienda sus derechos

Queremos asegurar que usted entienda los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de Ambetter.

Para ver una lista completa de sus derechos o responsabilidades específicos, revise su *Evidencia de cobertura*.

Derechos a información

Usted tiene derecho a:

- Solicitar información a su Proveedor de atención primaria (PCP) sobre lo que podría estar mal (en la medida que se sepa), el tratamiento y los resultados posibles conocidos
- Ver sus expedientes médicos
- Que se le informe de cambios dentro de nuestra red
- Información sobre nosotros y nuestros planes de salud
- Una lista actualizada de nuestros proveedores
- Elegir su PCP
- Hablar con su proveedor sobre usos nuevos de la tecnología
- Información sobre nuestro plan de calidad y cómo usarlo
- Información sobre cómo revisamos nueva tecnología
- Que protejamos su información protegida de salud (protected health information) (PHI) oral, escrita o electrónica

Derechos a respeto y dignidad

Usted tiene derecho a:

- Recibir atención considerada y respetuosa en todo momento
- Recibir asistencia de manera oportuna, cortés y responsable
- Ser tratado con dignidad cuando reciba atención
- Estar libre de acoso por parte nuestra y de nuestros proveedores (especialmente si hay desacuerdos comerciales entre nosotros y un proveedor)
- Elegir o cambiar de plan de salud dentro de las directrices del Mercado de seguros de salud, sin amenazas ni acoso
- Privacidad

Derechos a acceso

Usted tiene derecho a atención de profesionales médicos calificados. Esto incluye el derecho a:

- Acceso a tratamiento o servicios que son necesarios desde el punto de vista médico sin importar la edad, raza, credo, sexo, preferencia sexual, origen nacional o religión
- Acceso a servicios de emergencia necesarios desde el punto de vista médico las 24 horas del día y los siete días de la semana
- Buscar una segunda opinión médica de un proveedor dentro de la red, sin costo
- Recibir información en un formato distinto en cumplimiento con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (si tiene una discapacidad)



Vea una lista completa de sus derechos en su *Evidencia de cobertura*.

Entienda sus derechos (Continuación)

Consentimiento informado

Es su atención médica — y usted tiene derecho a estar involucrado en la misma. Usted, sus tutores legales o representantes legales tienen derecho a:

- Presentar una apelación o reclamo
- Ser parte de la toma de decisiones sobre su atención médica
- Trabajar en cualquier plan de tratamiento y en la toma de decisiones sobre la atención médica
- Conocer todos los riesgos o problemas posibles relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito
- No recibir tratamiento sin dar consentimiento libremente
- Que se le informe de sus opciones de atención
- Saber quién está aprobando y realizando los procedimientos o tratamientos
- Recibir una explicación clara de la naturaleza del problema y todos los tratamientos probables
- Una conversación honesta sobre las opciones de tratamiento apropiadas o necesarias desde el punto de vista clínico o médico para su condición, independientemente del costo o la cobertura

Derechos a reclamar/apelar

Usted tiene derecho a presentar una apelación o reclamo si:

- Ha tenido una experiencia insatisfactoria con nosotros o con cualquiera de nuestros proveedores dentro de la red
- Está en desacuerdo con ciertas decisiones que hemos tomado

Derechos a revisión externa

Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa independiente con la Oficina Reguladora de Seguros de Florida (Florida Office of Insurance Regulation) (OIR) si:

- Se le han denegado servicios para una condición que pone la vida en peligro
- No resolvimos una apelación a su satisfacción

Políticas sobre derechos y responsabilidades

Su opinión cuenta. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de Derechos y responsabilidades de los miembros.



Protegemos toda su PHI.

Cumplimos con HIPAA para mantener privada su información de atención médica.

Su información está segura con nosotros

Su información de salud es personal. Así que hacemos todo lo que podemos por protegerla. Su privacidad también es importante para nosotros. Tenemos políticas establecidas para proteger sus expedientes médicos

Información de salud protegida (PHI)

PHI es toda información sobre su atención médica. Esto incluye información sobre pagos y sus expedientes médicos. Protegemos toda su PHI oral, escrita y electrónica. Ambetter de Sunshine Health emplea prácticas comerciales que aseguran que se encuentren implementadas las salvaguardas físicas y técnicas, incluso un proceso de vanguardia para seguridad informática que asegura que la información de nuestros miembros esté protegida.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)

HIPAA es la ley que mantiene privada su información médica. Cumplimos con los requisitos de HIPAA y tenemos un Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Le informaremos acerca de estas prácticas todos los años. Revise detenidamente su Aviso de prácticas de privacidad. Si necesita más información o le gustaría tener el aviso completo, visite Ambetter.SunshineHealth.com.

Rechazo del tratamiento

Usted no tiene que recibir tratamiento si no lo desea. Usted puede rechazar tratamiento en la medida que la ley lo permita. Sin embargo, recuerde que usted es responsable de sus acciones si rechaza tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor de atención primaria (PCP). Hable con su PCP sobre todas sus inquietudes en cuanto al tratamiento — él o ella puede hablar con usted sobre distintos planes de tratamiento, si hay más de uno que pueda ayudar. La decisión final es suya.

Identidad

Usted tiene derecho a conocer el nombre y el cargo de las personas que le brindan atención médica. Además tiene derecho a saber cuál médico es su PCP.

Idioma

Si no habla o no entiende el idioma en su área, tiene derecho a un intérprete.

Nueva tecnología

La tecnología de salud siempre está cambiando, y queremos crecer con la misma. Si creemos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros miembros, lo evaluamos para cobertura. Estos avances incluyen:

- Tecnología nueva
- Procedimientos médicos nuevos
- Medicamentos nuevos
- Dispositivos nuevos
- Aplicaciones nuevas de tecnología existente



Su información está segura con nosotros

(Continuación)

Algunas veces, nuestro director médico y/o personal de administración médica identificará avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros miembros. El Comité de Política Clínica (Clinical Policy Committee) (CPC) revisa las solicitudes para cobertura y decide si deberíamos cambiar cualquiera de nuestros beneficios para incluir la nueva tecnología.

Si el CPC no revisa una solicitud para cobertura de nueva tecnología, nuestro director médico revisará la solicitud y hará una única determinación. El CPC podría revisar entonces la solicitud de nueva tecnología en una futura reunión.

Sus expedientes médicos. Sus derechos.

En cualquier momento, puede pedirnos una copia de sus expedientes médicos personales.

Usted tiene derecho a:

- Pedirnos que entreguemos sus expedientes solo a ciertas personas o grupos e indicar las razones para hacerlo.
- Pedirnos que impidamos que se entreguen sus expedientes a familiares u otras personas que estén involucradas en su atención médica. (Aunque trataremos de cumplir con sus deseos, la ley no puede requerir que lo hagamos).
- Pedir comunicaciones confidenciales de sus expedientes médicos. Por ejemplo, si cree que sería perjudicado si enviáramos sus expedientes a su dirección de correo actual, nos puede pedir que enviemos sus expedientes médicos de otra manera (como por fax o una dirección alternativa).
- Solicitar expedientes médicos del comportamiento. Solo podemos dar esta información si recibimos aprobación de su proveedor tratante, o de otro profesional de salud del comportamiento igualmente calificado. Le informaremos si divulgamos cualquier información de expedientes médicos o de salud del comportamiento a un profesional médico.
- Ver y obtener una copia de su conjunto de expedientes de salud designados. Esto incluye todo lo que usamos para tomar decisiones sobre su salud, incluso inscripción, pago, procesamiento de reclamaciones y registros de manejo médico.

El algunos casos, usted no podrá tener acceso a sus expedientes médicos. Si no le podemos dar una copia de sus expedientes médicos, le informaremos por escrito. Siempre puede pedir que se revise nuestra acción. Puede que no le podamos dar:

- Información incluida en la notas de psicoterapia
- Información recopilada para usarse en un caso judicial u otro procedimiento legal
- Información sujeta a leyes federales sobre productos biológicos y laboratorios clínicos



Si le gustaría ejercer cualquiera de sus derechos, comuníquese con Servicios para los miembros llamando al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).



¿Tiene preguntas sobre cómo usamos o compartimos sus expedientes médicos?

Llámenos al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este.

Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones

Tiene derecho a recibir un recuento de las revelaciones de sus expedientes médicos. Esto es una lista de las veces que divulgamos sus expedientes médicos. Según las directrices legales, no tenemos que dar:

- Los expedientes médicos divulgados o usados para tratamiento, pago y para fines de las operaciones de atención médica
- Expedientes médicos proporcionados a usted u otros con su aprobación por escrito
- Información relacionada con un uso o divulgación que usted permitió
- Expedientes médicos proporcionados a personas involucradas en su atención o para otros fines de notificación
- Expedientes médicos usados con fines de seguridad nacional o inteligencia
- Expedientes médicos proporcionados a prisiones, la policía, el FBI, agencias de supervisión de la salud y otros que hacen cumplir la ley
- Expedientes médicos que se proporcionaron o usaron como parte de un conjunto limitado de datos para investigación, salud pública o para fines de operaciones de atención médica

Para recibir un recuento de las divulgaciones, envíenos una solicitud por escrito. Actuaremos a solicitud suya en un plazo de 60 días — y si necesitamos más tiempo, puede que nos tome hasta otros 30 días.

Su primera lista del recuento de divulgaciones será gratuita. Puede obtener una lista gratuita cada 12 meses. Si pide otra lista en un plazo de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa. Pero no se preocupe — le informaremos sobre la tarifa por anticipado y usted tendrá la oportunidad de retirar su solicitud.





Llame al 1-877-687-1169
(Relay Florida: 1-800-955-8770)
si necesita ayuda para ejercer
sus derechos.

Cómo usar sus derechos

Queremos que esté contento como miembro nuestro. Eso incluye conocer y entender sus derechos en todo momento. Recuerde, usted tiene derecho a recibir una copia de este manual para miembros.

Podemos cambiar o actualizar nuestras políticas en cualquier momento. Si lo hacemos, estos cambios se aplicarán a todos nuestros expedientes médicos. Siempre que hagamos cambios, le enviaremos un nuevo aviso.

Usted o su representante autorizado, puede presentar una apelación de reclamo por usted, por escrito, ya sea por correo postal o por facsímil (fax) dentro de un plazo de 30 días de que se le notifique sobre la acción de denegación.

Si requiere asistencia para presentar un reclamo o si no puede presentar el reclamo por escrito, puede llamarnos al número a continuación para pedir ayuda a través del proceso. Para una solicitud urgente, también puede presentar un reclamo por teléfono.

Ambetter de Sunshine Health

Privacy Officer

1301 International Parkway, Suite 400
Sunrise, FL 33323

Teléfono: 1-877-687-1169

Relay Florida: 1-800-955-8770

Fax (para reclamos): 1-800-225-2573

Además puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) (HHS):

Office for Civil Rights – Region IV

U.S. Department of Health and Human Services Government Center

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: 1-800-368-1019

Relay Florida: 1-800-537-7697

Fax: 1-404-562-7881

Si presenta un reclamo de privacidad, prometemos que no tomaremos acción en contra suya, de su médico, su proveedor o alguien más que actúe en su nombre.

Responsabilidades del miembro



Entienda cómo funciona su plan de salud de Ambetter. Y sepa qué debe hacer como miembro del plan de salud de Ambetter.

Responsabilidades del miembro



Para obtener más información sobre sus responsabilidades como miembro, lea su *Evidencia de cobertura*.

Esto es lo que debe hacer

Su *Evidencia de cobertura* puede ayudarle a entender cómo funciona su plan. Asegúrese de leerla. Estos son un par de puntos clave:

Al brindar información

Dé siempre información exacta y completa sobre su salud. Esto incluye sus condiciones presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otro asunto. Infórmenos que entiende claramente su atención y lo que necesita hacer. Haga a su médico preguntas hasta que entienda la atención que recibe. Es necesario que revise y entienda la información que reciba sobre nosotros. Asegúrese de que sabe cómo usar los servicios que cubrimos.

El consejo de su PCP y su plan de tratamiento

Debe seguir el plan de tratamiento sugerido por los profesionales médicos. Haga preguntas para asegurar que entiende en su totalidad sus problemas de salud y su plan de tratamiento. Trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) para desarrollar metas de tratamiento. Si no sigue su plan de tratamiento, sus médicos le pueden decir cuáles son los probables resultados de su decisión.

Tarjeta de identificación del miembro

En toda cita, necesitará mostrar su tarjeta de identificación del miembro de Ambetter antes de recibir atención. Guárdela en un lugar seguro.

Uso de la sala de emergencia

Use la sala de emergencia solo cuando crea que tiene una emergencia médica. Para toda la otra atención médica, debe llamar a su PCP.

Citas

Asegúrese de no faltar a sus citas. Si no puede asistir a una cita, debe llamar para cancelar o reprogramar. Siempre que sea posible, haga sus citas durante el horario regular de oficina.

Su PCP

Debe conocer el nombre de su PCP y establecer una relación con él/ella. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Tratamiento

Debe tratar a todo nuestro personal, proveedores y otros miembros con respecto y dignidad. Si tiene inquietudes sobre su atención, díganoslo de manera útil.



Esto es lo que debe hacer (Continuación)



Para obtener más información sobre sus responsabilidades como miembro, lea su *Evidencia de cobertura*.

Cambios

Infórmenos si tiene nueva información de contacto, como cambios en su dirección, nombre, número telefónico o familia. Además será necesario que actualice su información en el Mercado de seguros de salud. Llámenos al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770) o visite el Mercado de seguros de salud en www.healthcare.gov.

Otro seguro médico

Cuando usted se inscribe en un plan nuestro, es necesario que nos dé toda la información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga o recibirá. Además necesita informar al Mercado de seguros de salud.

Costos

Si obtiene acceso a atención sin seguir nuestras reglas, usted puede ser responsable de los cobros. Dependiendo de su plan, también puede ser responsable de pagar su parte de la prima mensual y todos los copagos cuando usted recibe un servicio.

Directivas anticipadas

Todos nuestros miembros adultos tienen derecho a crear directivas anticipadas para decisiones de atención médica. Las directivas anticipadas son formularios que usted puede llenar para proteger sus derechos para atención médica en situaciones al final de la vida. Pueden ayudar a su PCP y a otros proveedores a entender sus deseos en cuanto a su salud. Las directivas anticipadas no le quitarán el derecho a tomar sus propias decisiones. Se usarán solo cuando usted no pueda expresarse por sí mismo(a).

Ejemplos de directivas anticipadas incluyen:

- Testamento en vida
- Poder notarial para atención médica
- Ordenes de “No resucitar” (DNR)

Si no tiene una directiva anticipada, no lo usaremos en contra suya. Para obtener más información sobre las directivas anticipadas, así como un formulario que puede usar para designar un Apoderado para atención médica, llame a Servicios para los miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida: 1-800-955-8770).

Palabras que debe saber



Busque el significado de palabras que usted pueda no reconocer o conocer.

Su glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud puede parecer confuso algunas veces. Para ayudarle, hemos creado una lista de palabras que usted pudiera necesitar saber al leer este manual para miembros. ¡Échele un vistazo!

Aviso de determinación adversa

Este es el aviso que recibe si denegamos cobertura para un servicio que ha solicitado.

Elegibilidad

Como miembro de Ambetter, usted es elegible para cobertura a través del Mercado de seguros de salud.

Atención de emergencia/Emergencias

La atención de emergencia es atención que usted recibe en una sala de emergencia. Vaya a la sala de emergencia solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

Evidencia de cobertura

El documento que lista todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Evidencia de cobertura* tiene información sobre sus cantidades específicas de copago, costo compartido y deducible. Lea su *Evidencia de cobertura* — le puede ayudar a entender exactamente lo que su plan cubre y no cubre.

Reclamo/Apelación

Si se le deniega un servicio, puede presentar un reclamo o apelación. Estos son quejas formales que nos informan que a usted le gustaría que volvámos a revisar nuestra decisión de no cubrir un servicio.

Dentro de la red (Proveedores y/o servicios)

La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para darle atención. Si algo está en nuestra red, está cubierto en su plan de seguro de salud. Si algo está fuera de la red, es probable que tenga que pagar más por los servicios que reciba. ¡Cuando sea posible, quédese siempre dentro de la red!

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva son servicios habituales de atención médica diseñados para mantenerle sano detectando problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus controles de salud, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección del cáncer y más.

Pago de la prima

Su prima es la cantidad de dinero que pagará todos los meses por la cobertura de seguro de salud. Su cuenta mensual muestra el pago de su prima.

Su glosario de atención médica (Continuación)

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el médico principal que usted verá para sus necesidades de atención médica. Conozca a su PCP bien y esté siempre al día con sus visitas de bienestar. Cuanto mejor su PCP conozca su salud, mejor podrá servirle.

Autorización previa

Puede que se requiera autorización previa para servicios cubiertos. Cuando un servicio requiera autorización previa, entonces es necesario que el servicio se apruebe antes de que visite a su proveedor. Si algo requiere autorización previa, será necesario que verifique con su PCP o Servicios para los miembros. Será necesario que su proveedor presente una solicitud de autorización previa.

Lista de beneficios

Su *Lista de beneficios* es un documento que lista los beneficios cubiertos a su disposición y le informa cuándo es elegible para recibirlos.

Subsidio

Un subsidio es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios vienen del gobierno. Si usted es elegible o no para uno depende del tamaño de su familia, su ingreso y dónde vive.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es atención médica que usted necesita rápidamente. Es diferente de la atención de emergencia que necesita cuando tiene una condición de salud que ponga la vida en peligro. Puede recibir atención urgente en un centro de atención de urgencia.

Administración de la utilización

Este es el proceso que utilizamos para asegurar que usted reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud y luego decidimos el mejor curso de acción.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Sunshine Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Sunshine Health no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Sunshine Health:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Sunshine Health a 1-877-687-1169 (Relay FL 1-800-955-8770).

Si considera que Ambetter de Sunshine Health no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Grievance/Appeals Unit Sunshine Health, 1301 International Parkway, Suite 400, Sunrise, Florida 33323, 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770), Fax, 1-800-225-2573. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Sunshine Health está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Sunshine Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
French Creole:	Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from Sunshine Health, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunshine Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Sunshine Health, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunshine Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunshine Health, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunshine Health, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunshine Health вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Arabic:	إذا كان لديك أولديش خصرتنا اعد لهؤلاء حول Ambetter from Sunshine Health، لديك الحق في الحصول على المساعدة واللوجستيات الضرورية بلغتك من دون أي تكلفة. يمكنك الاتصال بـ 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) للحصول على مزيد من المعلومات.
Italian:	Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from Sunshine Health, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunshine Health hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) an.
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunshine Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) 로 전화하십시오.
Polish:	Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów za pośrednictwem Ambetter from Sunshine Health, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).
Gujarati:	જ તમને અથવા તમે જમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Sunshine Health વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) ઉપર કોલ કરો.
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter ที่ท่าน Sunshine Health ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)