

Please click here for
English



Para español, por favor
haga clic aquí



MEDICA 
HEALTH PLANS OF FLORIDA
Inc.

EZ CARE

Here to serve you...

Member Handbook
Medica Health Plans of Florida, Inc. (MHPFL)

Miami-Dade County

Table of Contents

Welcome to EZ CARE-----	page 5
Important Contact Information -----	page 7
Enrollment Information -----	page 8
Open Enrollment -----	page 8
Disenrollment Information -----	page 9-10
ID Card Information -----	page 10
Your Primary Care Physician (PCP) -----	page 11
Child Health Check-Up Services -----	page 11
Pregnancy and Newborn Care-----	page 12
Preventive Health Care Guidelines -----	page 12-15
Plan Providers -----	page 16
What are Covered Services? -----	page 16
Specialty Care -----	page 17
Authorizations for Services -----	page 17
Second Medical Opinion -----	page 17
Emergency Care -----	page 18
Urgent Care -----	page 19
Language Services -----	page 19
Prescriptions -----	page 19
Dental Services -----	page 19
Vision Services -----	page 19-20
Mental (Behavioral) Health or Substance Abuse -----	page 20
Behavioral Health Services Covered Services, Limitations and Exclusions -----	page 20-22
Member Rights and Responsibilities -----	page 22-24
Members Appeals, Grievances and Medicaid Fair Hearing -----	page 24-27
Advance Directives -----	page 27-28

Confidentiality -----page 29
Fraud and Abuse -----page 29-30
Description of Covered Benefits -----page 31-32
Schedule of Benefits -----page 33-34

Welcome to EZ CARE!!

EZ CARE's mission is to develop a healthcare delivery system that will enhance the quality of life of our beneficiaries by offering high quality, affordable healthcare services that are timely and accessible to all beneficiaries in our service area.

EZ CARE is here to serve you. In this Member Handbook, you will find the information needed to help and understand how your health plan works. Please read it carefully and always keep it in a safe place so you may refer to it when you need it.

Also remember, you can always call the Member Services Department number (305) 421-1228 or 1-(877) 690-7783. We are here to assist and help you with any questions you may have.

PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

IMPORTANT CONTACT INFORMATION

Medica Health Plans of Florida, Inc (**EZ CARE**)
 4000 Ponce de Leon Blvd.
 Suite 750
 Coral Gables, Florida 33146

MHPFL PHONE NUMBERS:

Member Services Help Line (Local)	(305) 421-1228	24 hrs/7days week
Member Services Help Line (Toll-Free)	1 (877) 690-7783	24 hrs/7days week
TDD (for Hearing Impaired)	(305) 421-1251 or 1 (800) 517-6923	24 hrs/7days week

MEDICAID OFFICE/MEDICAID OPTIONS PHONE NUMBERS:

Local Medicaid Office	(305) 499-2000	8:00 am – 5:00 pm
Medicaid Options (Toll-Free)	1 (888) 367-6554	Monday - Friday 8:00 am – 7:00 pm
TDD (for Hearing Impaired)	1 (800) 653-9803	Saturday 9:00 am – 1:00 pm

Please be sure to complete all the blank spaces below, in order to have these numbers ready for immediate use.

DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES:

Case Worker's Name	Telephone #:	Office Hours:
--------------------	--------------	---------------

HEALTH CARE PROVIDERS:

Your Primary Care Physician (PCP)	Name:	Telephone #:
Your Participating Pharmacy	Name:	Telephone #:
Other Health Care Providers	Name:	Telephone #:
Other Health Care Providers	Name:	Telephone #:
Other Health Care Providers	Name:	Telephone #:

Enrollment Information

Enrollment in EZ CARE

EZ CARE services children and adults eligible in the Florida Medicaid program. Medicaid is the State and Federal program that provides health coverage for selected groups of children and adults with low income. A person must meet eligibility requirements in order to receive Medicaid.

Basic groups eligible for Medicaid are:

- Low income families with children
- Children only
- Pregnant women
- Non-citizens with medical emergencies
- Aged and/or disabled individuals not currently receiving Supplemental Security Income (SSI)

The Social Security Administration sets eligibility for the SSI program and the Florida Department of Children and Families (DCF) determines all other Medicaid eligibility. If you would like more information on how to qualify for the Florida Medicaid programs, please call a Medicaid Options representative at 1-888-367-6554 (TTY/TTD 1-866-467-4970).

Enrollment Information

Voluntary Enrollment:

On your own you can choose to enroll with EZ CARE by simply calling Medicaid Options at 1-888-367-6554 (TDD Line 1-800-653-9803) or call Medica Health Plans of Florida, Inc. (MHPFL) at (877) 690-7783 to talk to a Member Services representative and they will gladly help you.

Mandated Enrollment:

If you are a mandatory enrollee required to enroll in a plan, once you are enrolled in EZ CARE or the state enrolls you in a health plan, you will have 90 days from the date of your first enrollment to try the plan. During the first 90 days you can change health plans for any reason. After the 90 days, if you are still eligible for Medicaid, you will be enrolled in the plan for the next nine months. This is called “lock-in.”

You can call Medicaid Options at 1-888-367-6554 (TDD Line 1-800-653-9803) for more information.

Open Enrollment:

If you are a mandatory enrollee, the state will send you a letter 60 days before the end of your enrollment year telling you that you can change plans if you want to. This is called “open enrollment.” You do not have to change plans. If you choose to change plans during open enrollment, you will begin in the new plan at the end of your current enrollment year. Whether you pick a new plan or stay in the same plan, you will be locked into that plan for the next 12 months. Every year you can change health plans during your 60-day open enrollment period.

If you have any questions about your Open Enrollment Period, call the Member Services Department at (305) 421-1228 or (877) 690-7783

Disenrollment Information

If you are not happy with EZ CARE, please call our Member Services Department and allow us a chance to correct or fix any problem(s) you may have had but if you still wish to disenroll, the Member Services Department can assist you. Please call them at (305) 421-1228 or (877) 690-7783.

Some Medicaid recipients can change health plans whenever they choose, for any reason. For example, people who are eligible for both Medicaid and Medicare benefits and children who receive SSI benefits can change plans at any time for any reason. To find out if you can change plans, call Medicaid Options at 1-888-367-6554 (TDD Line 1-800-653-9803).

If you are a mandatory enrollee and you want to change plans after the initial 90-day period ends or after your open enrollment period ends, you must have a state-approved good cause reason to change plans. The following are state-approved cause reasons to change health plans:

EZ CARE will disenroll you for following reasons:

- The enrollee moves out of the county, or the enrollee's address is incorrect and the enrollee does not live in county where the plan is authorized to provide services.
- The provider is no longer with the health plan.
- The enrollee is excluded from enrollment.
- A substantiated marketing or community outreach violation has occurred.
- The enrollee is prevented from participating in the development of his/her treatment plan.
- The enrollee is in the wrong health plan as determined by the Agency.
- The health plan no longer participates in the county.
- The state has imposed intermediate sanctions upon the health plan, as specified in 42CFR 438.702(a)(3)
- The enrollee needs related services to be performed concurrently, but not all related services are available within the health plan network. Or the enrollee's PCP has determined that receiving the services separately would subject the enrollee to unnecessary risk.
- The health plan does not, because of moral or religious objections, cover the services the enrollee seeks.
- The enrollee missed open enrollment due to a temporary loss of eligibility, defined as 60 days or less for non-reform populations and 180 days or less for reform populations.
- Other reasons per 12 CFR 438.56(d)(2), including, but not limited to , poor quality of care; lack of access to services covered under the contract inordinate or inappropriate changes of PCPs; services access impairments due to significant experience in dealing with the enrollee's health care needs; or fraudulent enrollment.

Involuntary Disenrollment:

EZ CARE will disenroll you for the following reasons:

- Moved or moving outside the service area
- Allowing someone to use your ID Card
- Loss of Medicaid eligibility

- Behaving in an unruly, disruptive, uncooperative or abusive manner, after one verbal and one written warning. This does not apply to members diagnosed with mental illness and the behavior is due to it
- Not eligible to enroll in this plan
- Falsification of prescriptions by an enrollee

For more information, you can call the Member Services Department at (305) 421-1228 or (877) 690-7783 and they will help you with any questions you may have.

Reinstatement:

If you lose your Medicaid and get it back within 180 days from when you first enrolled with Medica Health Plans of Florida, Inc. EZ CARE, the State will place you back in EZ CARE. You will be put back with the same Primary Care Physician you had before.

ID Card

As a member of EZ CARE, you will receive an ID Card. You must show your EZ CARE ID Card and your Medicaid card when you go to a doctor's visit, to the hospital, the pharmacy or any other facility you go to get health care. Please keep your ID card with you at all times. Never let anyone else use your ID card or you may lose your benefits.

Your EZ CARE ID Card contains the following information on the front side:

- **Member's Name** – The name of the person covered by the Plan.
- **Medicaid Number (Acct. #)** – The Medicaid number of the person covered by the Plan.
- **Member ID Number** – Your personal Plan identification (ID) number. You should always have this number ready when you call to make provider appointments or when you call or write to the Plan.
- **Group Number** – This is the group number you are in with the Plan.
- **Plan Code** – This is the plan number you are in with the Plan.
- **Primary Care Physician (PCP) Name** – The name of the Primary Care Physician you chose or the Plan selected, to provide your health care and where you will go to receive health care services.
- **Primary Care Physician (PCP) Phone & ID Number** - The direct telephone number of your Primary Care Physician and the ID number given to your Primary Care Physician by the Plan.
- **Rx ID** – The Plan's and your pharmacy identification (ID) number for use by the pharmacist when you fill a prescription at a participating pharmacy.

On the back of your ID card, you will find the important telephone numbers you may need for:

- Member Services (also for non-contracted provider billing information)
- Pharmacy Services
- Dental Services
- Mental Health Services

If you lose your ID card or it is stolen, please call the MHPFL Member Services Department at (305) 421-1228 or (877) 690-6983 and they will mail you a new one right away. If you lose your Medicaid card, call your Case Worker at the Department of Children and Families (DCF).

Primary Care Physician (PCP)

When you sign up with a Plan, you must choose a Primary Care Physician (PCP). If you were assigned to EZ CARE a Primary Care Physician was chosen for you. This is the doctor that will care for you and you can find his/her name, address and phone number on your ID card. Please call your PCP at the phone number on your ID card when you need medical care at a doctor's office. He or she will make sure you get the care you need. Except in case of an emergency, you must first call your PCP to get medical care. You may have to pay for your health care services if you do not call your PCP first or if you get medical care from a provider that does not belong to the plan.

You must make an appointment to see your PCP within the first 90 days of becoming an EZ CARE member even if you do not need medical care. When you visit your PCP for the first time, please make sure that you sign a Medical Release Form so that your PCP can get your medical records from your previous doctor. A Medical Release Form was included in your welcome packet and your PCP will have them at in his/her office also.

If you are pregnant or think you are pregnant you must see the doctor right away. Early care will help you to protect your health as well as the baby's health. You may choose an OB/GYN that is on the Plan as your PCP while you are pregnant. The OB/GYN will arrange your health care needs while you are pregnant. If you are pregnant, you must make an appointment to see your OB/GYN within the first 30 days of becoming an EZ CARE member.

Changing your Primary Care Physician (PCP)

If you wish to change your PCP, please call the Member Services Department at (305) 421-1228 or (877) 690-7783. They will assist you with the change and tell you the effective date of the change. They will also send you a new ID card, with your new PCP's information. Your family members who are enrolled with EZ CARE can each choose a different PCP or the same PCP, depending on your needs.

Services

Child Health Check-Up Services

Regular check-ups are important to the health of both children and adults. Regular check-ups can help find health problems before they get serious. Please see the Preventive Guidelines section of this handbook to read the tests that both children and adults should have and when to have them. You should learn what you can do to stay healthy and always ask the PCP about any health questions you may have.

It is very important that children be seen by their PCP regularly. EZ CARE covers services associated with the Child Health Check-up Program of preventive service for children. These services include:

- a. Health Screening evaluation
- b. Unclothed physical examination;
- c. Developmental assessment;
- d. Nutritional assessment;
- e. Appropriate immunization
- f. Laboratory testing (including blood lead testing)
- g. Health education
- h. Dental screening (including a direct referral to a dentist for Members beginning at three (3) years of age or earlier as indicated);
- i. Vision screening
- j. Hearing screening

- k. Diagnosis and treatment; and referral and follow up as appropriate.

Pregnancy and Newborn Care

Maternity services include the following: nursing assessment and counseling, Florida's Healthy Start Prenatal Risk Screening, nutrition assessment, delivery and follow-up, Florida's Healthy Start Infant (Postnatal) Screening, and follow-up care.

If you are pregnant or think you are pregnant you must see the doctor right away. Early care will help you to protect your health as well as the baby's health. You may choose an OB/GYN that is on the Plan as your PCP. This provider will arrange your prenatal care. As soon as you know that you are pregnant you need to contact your Case Worker at Department of Children and Families (DCF) and you should also call the MHPFL's Member Services Department at (305) 421-1228 or (877) 690-7783.

The Department of Children and Families (DCF) will enroll your baby and give you an unborn activation Medicaid number. When you call MHPFL's Member Services Department you need to give us the baby's number and choose an EZ CARE pediatrician for your baby. If you do not choose a pediatrician by the time the baby is born, the Plan will choose one for you.

Your newborn will have health coverage with EZ CARE from date of birth. Please notify MHPFL and DCF of your baby's birth. If the State does not place your new baby on EZ CARE, you need to call Medicaid Options at 1-888-367-6554 (TTY/TDD 1-800-653-9803) and ask them to enroll your baby with EZ CARE.

If you are pregnant or think you might be, see your Primary Care Physician right away.

Preventive Health Care Guidelines

We are placing Preventive Health Care Guidelines here in your handbook to help you. This tells you when you and/or your family members need to go for a checkup. It also tells you when you need tests and/or shots and the name of the shots. It also helps you to remember when you need to call your PCP to make an appointment.

These guidelines are only a general guide and do not replace your doctor's judgment. Always talk with your doctor to be sure you are getting the right exams, treatments, testing and care.

**Medica Health Plans of Florida Inc. *Preventive Health Care Guidelines:
Pediatrics & Adults Immunizations; February 2011**

Screenings: 2011 Recommendations of the U.S. Preventative Services Task Force

Preventive Care Screening:	Frequency of Service:
Well child check-ups	1m, 2m, 4m, 6m, 9m, 1y, 15m, 18m, 2-20y
Height & Weight & BMI	Every visit (BMI every year)
Blood Pressure	3-6y (annual), ≥ 6y, every 2 yrs
Hearing- pediatrics	Newborns and symptomatic children
Vision – amblyopia - pediatrics	3-5yrs
Vision, glaucoma < 65y	Every 4 yrs
> 65y	Every 2 yrs
Breast Exam - ≥ 17y	Every year
Skin, oral, thyroid exam ≥13y – 40y	Every 3 yrs
> 40y	Every year
Blood Pressure Screening - ≥ 18 yrs	Every 2y (<120/80); every 1 year (>120/80)
Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Screen – US	Males 65-75 yrs (hx smoking or smoker)
Rectal Exam > 40y	Every year
Iron Deficiency Anemia, Screening & Supplement	6-12m, high /average risk & pregnant women
Hemoglobin or Hct – Pediatrics	6-12m, 5y, & high risk
Age 20 – 49y – low risk	Once
≥ 50y	Every year
Diabetes Screening, Type 2	Hx HTN & Hyperlipidema
Lead screen – pediatrics	1y -5y & pregnant women @ > risk
Urinalysis/Culture – Pediatrics	Once before age 5yr
Adults	Age ≥ 35 yrs; every 5 years
Screen for congenital hypothyroidism	All newborns
IUP: asymptomatic bacteremia	12 – 16 weeks IUP
Tb skin test - Pediatrics, adolescents & adults	High risk; annual
T4/TSH pediatrics	4-6 days
Hepatitis B Screening – pregnant women	Initial visit, 28 and 32 weeks
Sickle cell screen – pediatrics	Newborns
Oral/.dental health	Referral by 3y; fluoride supplement, preschool > 6m
Screen for problem drinking	Young adults, adults and pregnant women
Accident prevention	Children, and adults
Screen for major depression ; 12-18y, >19y	Adolescents and adults
Screen & counsel to promote weight loss	All adults
Behavioral dietary counseling	At risk adults
Screen & counsel for tobacco use & drug abuse	Young adults and adults & pregnant women
Screen & counsel for over and under weight-	All ages
Behavioral counseling to promote breast feeding	Pregnant women
Multivitamins with folic acid	Women planning of capable of pregnancy
Osteoporosis: Calcium supplement women	Age ≥ 50y every 2 yrs

Physical activity	Pediatrics and adults
UV exposure	Pediatrics and adults
Screening for idiopathic scoliosis	Adolescent
Lipid Disorder , Screening; men > 35y, women > 45y	Every 5 years (non risk)
Others, CVD risk factors [men: 20-35, women: 20-45]	Every 5 years or as needed to manage risk.
Colorectal Screening Options	Age >50years
Fecal occult blood test (FOBT)	Every year
Flexible sigmoidoscopy	Every 5 years
Double contrast barium enema (DCBE)	Every 5 years
Colonoscopy; 50 – 75 yrs [routine]	Every 10 years
Mammogram: Women 40 - 74 yrs	Every 2 years
Breast Ca, Chemoprevention Counseling	High risk women
Genetic Counseling, Evaluation for BRCA testing	High risk women
Papanicolaou (Pap) test	21-65 y, sexually active & pregnant women
Screening for Hepatitis B Virus Infection	Pregnant women; first prenatal visit
Chlamydia Screening: Sexual Active Women (Non Preg)	24yrs and <; and older women at risk
Syphilis Screening in Pregnancy	All pregnant women
Osteoporosis Screening: High Risk Women	Ages 60-64y, every 2 yrs \geq 65y
Aspirin Therapy- cardiac maintenance	Men 45-79y, women 55-79y
Folic Acid, Prevent Neural Tube Defect	Women planning or capable of pregnancy
Gonorrhea Prophylactic Medication [eye]	Newborns
Sexual Behavior Counseling	Young adults and adults at risk
Unintended Pregnancy: contraception	Women capable of pregnancy
STD prevention: condoms, spermicidal	Young adults and adults
◆Immunizations – pediatrics & adults	◆CDC 2009 Recommendations
Polio [IPV]	2, 4, 6-18m ,4-6y
Diphtheria, Tetanus & Pertussis [DtaP & Tdap]	2, 4, 6, 15-18m, 4-6/ 11-12y, 13-18y (Tdap)
Measles, Mumps & Rubella [MMR]	12-15m, 4-6y & at risk adult
Retrovirus [Rota]	2,4,6m
Haemophilus Influenza, type B [Hib]	2, 4, 6m; 12-15m booster
Hepatitis A [HepA]	12-24m (2doses/6m apart)& @risk adults
Hepatitis B [HepB]	0, 1-2m, 6 – 18m (3 doses) & @ risk adults
Pneumococcal [PCV]	2m, 4m, 6m, 12-15m & adults, > 65y
Varicella	12-15m (1 dose), 4-6y (1 dose) and high risk adults \geq 50 y
Influenza [Flu]	6months and older (annual)
Tetanus-diphtheria (td) Booster	\geq 19y every 10 years
Rubella	Susceptible women of childbearing age
Human Papillomavirus (HPV)	11-12y females (3 doses)
Meningococcal (MCV4)	11-12 y & high risk (MCV4- 2-55y); revaccinate (MCV4) high risk: 4-10 y
Zostavax	\geq 60 y (1 dose)

RECOMMENDED SCREENING AND INTERVENTIONS FOR HIGH-RISK POPULATION
 * Recommendation of the U.S. Preventative Services Task Force
 ** CDC Guidelines

POTENTIAL INTERVENTIONS	POPULATION
HIV test*	Pediatrics, high risk parent pregnant women,, high-risk sexual behavior or IV drug use; consider local epidemiology; standard and rapid tests approved.
Syphilis (RPR/VDRL)*	High-risk sexual behavior, including those that are pregnant consider local epidemiology
Gonorrhea screen*	High-risk sexual behavior; consider local epidemiology
PPD*	Immigrants, tuberculosis contacts, alcoholics, consider local epidemiology
Hepatitis B vaccine*	Exposure to blood products; IV drug use; high-risk sexual behavior; travelers to specific countries and + pregnant women @ 1 st visit; infants born of + mother @ birth and complete series per schedule; retest 6 months after completion of series.
Hepatitis A vaccine**	Persons living in or traveling to high-risk areas; institutionalized persons and workers in these institutions. Certain chronic medical conditions
MMR, varicella vaccine – adult **	Susceptible to measles, mumps, or complications
Diabetes screen*	Persons with elevated blood pressure or high cholesterol
Rh (D) incompatibility screen*	All pregnant women 1 st visit and @ 24 – 28 wks for unsensitized Rh (D) negative women unless the biological father is known to be Rh (D) negative.

The member's primary care physician has a key role in initiating the earliest identification of health risks and the recommendation of interventions and treatments.

Plan Providers

Providers you can use to get services covered by our Plan.

While you are a member of our Plan, you must use our Plan providers to get your covered services except in an emergency.

- **What are “Plan Providers”?** “Provider” is the word we use for doctors, other health care professionals, hospitals, and other health care facilities that are licensed or certified by the State to give health care services. We call them “Plan Providers” when they participate in our Plan; which means, we have arranged with them to provide covered services to members in our Plan.

What Are Covered Services?

“Covered service” is the term we use for all the medical care, health care services, supplies, and equipment that are covered by our Plan. Covered services are listed below:

- Child Health Check-Up services;
- Immunizations;
- Community Behavioral Health services;
- Dialysis services in a freestanding center;
- Diabetes Supplies and Education;
- Durable medical equipment and medical supplies;
- Family planning services;
- Hearing services;
- Home Health services;
- Hospital services (inpatient, outpatient, and emergency services);
- Laboratory services, including independent laboratory services;
- Mental Health Targeted Case Management services;
- Prescribed Drug services;
- Physician services (as described below);
- Therapy services;
- Vision services;
- X-ray services;
- Transplants;
- Dental services;
- Translation Services.

Physician services include services given by a licensed physician, psychiatrist, advanced registered nurse practitioner, physician assistant, podiatrist, chiropractor, ambulatory surgical center, rural health clinic, federally qualified health center, birthing center, and county health department clinic.

If a provider does not cover service(s) due to moral or religious objectives, please call the Member Services Department to assist you on how to and where to obtain these services. For a description of the prior mentioned covered services see pages 32-33 of this handbook.

For information on benefits that are offered under the Medicaid State Plan but are not covered under EZ CARE, please visit <http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/flmedicaid.shtml> or call your local Medicaid office.

Specialty Care and Authorization for Services

How do you get care from doctors, specialists and hospitals?

When your PCP thinks that you need specialized treatment, he/she will give you a referral (approval in advance) to see a plan specialist or certain other providers. A specialist is a doctor who provides health care services for a specific disease or part of the body. Specialists include but are not limited to such doctors as:

- Oncologists (who care for patients with cancer)
- Cardiologists (who care for patients with heart conditions),
- Orthopedists (who care for patients with certain bone, joint, or muscle conditions).

It is very important to get a referral (approval in advance) from your PCP before you see a plan specialist or certain other providers (there are a few exceptions, see below). If you don't have a referral (approval in advance) before you get services from a specialist, you may have to pay for these services yourself.

For some types of referrals, such as to hospitals or outpatient facilities, your PCP may need to get approval in advance from our Plan (this is called getting "prior authorization").

If the specialist wants you to come back for more care, check first to be sure that the referral (approval in advance) you got from your PCP for the first visit covers more visits to the specialist.

If you are in need of a specialty provider that is not in the plan's network and EZ CARE doesn't have an in-network provider of that specialty, you can receive services if the provider you wish to see can get prior approval from the Plan. Please contact the Member Services Department number located on the back of your ID card or the Important Contact Information section of this handbook.

All services must be prior authorized by the PCP or the Plan except for the following:

- Emergency services;
- Family planning services regardless of whether the provider is a plan provider;
- The diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases and other communicable diseases, such as, tuberculosis and human immunodeficiency, serviced by the county health departments;
- Obstetrics and Gynecology (OB/GYN) services for one visit per year and the medically-necessary follow-up care for a condition(s) detected at that visit (you must use a plan provider for these services);
- Chiropractic, Podiatry, and certain Dermatology services (you must use a plan provider for these services); and
- Immunizations provided by the county health departments.

Second Medical Opinion

If you want a second medical opinion about your health care, call your PCP and request one. You may choose an EZ CARE doctor or a doctor that is in your service area that is not an EZ CARE doctor. Tests that are ordered for a second medical opinion must be done by an EZ CARE provider.

Your PCP will review your second medical opinion and decide on a treatment plan that is best for you. If you choose an EZ CARE doctor, the cost of the second medical opinion will be paid by MHPFL. If you choose a doctor that is not an EZ CARE doctor, you may have to pay for a part of the bill for the second medical opinion.

Emergency Care

Getting care if you have a medical emergency or an urgent need for care

What is a “medical emergency”?

A “medical emergency” is when you really believe that your health is in serious danger – when every second counts. A medical emergency includes severe pain, a bad injury, a serious illness, or a medical condition that is quickly getting much worse.

What should you do if you have a medical emergency out of EZ CARE’s Service Area?

If you have a medical emergency:

- Get medical help as quickly as possible. Call 911 for help or go to the nearest emergency room, hospital, or urgent care center. You don’t need to get approval or a referral first from your PCP or other plan provider.
- Make sure that we know about your emergency, because we need to be involved in following up on your emergency care. You or someone else should call to tell us about your emergency care as soon as possible, usually within 48 hours. Please contact the Member Services Department number which is located on the back of your ID card or the Important Contact Information section of this handbook.

We will help manage and follow up on your emergency care.

We will talk with the doctors who are giving you emergency care to help manage and follow up on your care. When the doctors who are giving you emergency care say that your condition is stable and the medical emergency is over, what happens next is called “post-stabilization care” (which does not need prior authorization). Your follow-up care (post-stabilization care) will be covered by EZ CARE. In general, we will try to arrange for plan providers to take over your care as soon as your medical condition and the circumstances allow.

Ambulance services are covered in situations where other means of transportation in the United States would endanger your health.

What if it wasn’t a medical emergency?

Sometimes it can be hard to know if you have a medical emergency. For example, you might go in for emergency care – thinking that your health is in serious danger – and the doctor may say that it wasn’t a medical emergency after all. If this happens, you are still covered for the care you got to determine what was wrong, (as long as you thought your health was in serious danger, as explained in “What is a ‘medical emergency’” above). However, please note that:

- If you get extra care after the doctor says it wasn’t a medical emergency, the Plan will pay its portion of the covered additional care **only if you get it from a plan provider.**
- If you get any extra care from a non-plan provider after the doctor says it wasn’t a medical emergency, the Plan will usually not cover the extra care. We will pay our portion of the covered additional care from a non-plan provider if you are out of our service area, as long as the additional care you get meets the definition of “urgently needed care” that is given below.

Urgent Care

What is urgently needed care? (This is different from a medical emergency)

Urgently needed care refers to a non-emergency situation where you are inside the United States, you are temporarily absent from the Plan's authorized service area, you need medical attention right away for an unforeseen illness, injury, or condition, and it isn't reasonable given the situation for you to obtain medical care through the Plan's participating provider network.

What is the difference between a "medical emergency" and "urgently needed care"?

The two main differences between urgently needed care and a medical emergency are in the danger to your health and your location. A "medical emergency" occurs when you really believe that your health is in serious danger, whether you are in or outside of the service area. "Urgently needed care" is when you need medical help for an unforeseen illness, injury, or condition, but your health is not in serious danger and you are generally outside of the service area.

How to get urgently needed care?

If, while temporarily outside the Plan's service area, you require urgently needed care, then you may get this care from any provider. The plan is obligated to cover all urgently needed care at the cost-sharing levels that apply to care received within the Plan network.

How to Get After-Hours Medical Care

If you become sick after your doctor's regular office hours, and it is NOT an emergency, call your doctor. Your PCP number is printed on your ID card. **Do not go to the hospital first.** EZ CARE will provide care within 24 hours for all urgently needed care.

Language Services

If you do not speak English, are hearing impaired or sight impaired, EZ CARE can help you. Please call the Member Services Department number located on the back of the ID card or the Important Contact Information section of this handbook to access other types of services offered to you. All of these services are free of charge.

Prescriptions

Prescriptions must be written or approved by an EZ CARE doctor. They must be picked up at a pharmacy that is part of the MHPFL network. A list of pharmacies you can go to is in your MHPFL provider directory.

Dental Services

DentaQuest of Florida Inc. provides you with Dental services. Call DentaQuest to choose a dentist for your care. The toll-free number is 1-800-964-7811. A Customer Service person from DentaQuest will help you choose a doctor and answer any questions you have about your benefits. A list of dental providers you can go to is in your MHPFL provider directory.

Vision Services

Advantica EyeCare provides you with Vision services. A list of vision providers you can go to is in your MHPFL provider directory. You can call EZ CARE at their toll-free number 1-877-690-7783 and a Customer Service person will help you with any questions you have about your benefits.

Covered vision benefits are:

- Eye Exam
- Eye Glasses

Mental (Behavioral) Health or Substance Abuse

Please contact *CompCare* Member Services number located on the back of your ID card to see if any of the Health Covered Services apply to you. The Behavioral Health provider is available to answer any questions you may have. They offer access to trained health professionals. For a list of *CompCare* Providers you can go to MHPFL provider directory.

Please call them for the following:

If you are having any of the following feelings or problems:

- Always feeling sad
- Feeling hopeless and/or helpless
- Feelings of guilt
- Unimportance
- Hard time sleeping
- Poor appetite
- Weight loss
- Loss of interest
- Can't concentrate
- Always angry/bad-tempered
- Constant pain such as headaches, stomach and back pain

You will be asked for information from your ID card, so please have it ready. They can tell you about your covered services. You can get a Mental Health professional who provides care to our Plan members. You cannot see a Mental Health care professional outside of the network without prior notification to the *CompCare* Provider. If you see a Mental Health care professional outside of the network or outside of the service area for non-emergency care, without prior notification to the *CompCare* Provider, you may have to pay the bill. It is sometimes better to see one Mental Health care professional who gets to know you or your family members and the particular situation. But if you want to change your Mental Health professional, please call the *CompCare* Member Services, the number is on the back of your ID card. You will be assigned to a Mental Health provider if one is available. If you or your family members have an emergency, go to the nearest hospital.

Behavioral Health Services Covered Services, Limitations and Exclusions:

These services include treatment for psychiatric and emotional disorders. *CompCare* will assign members and authorize behavioral health care providers based on the following, including member choice, when possible, provider skills and closeness to the member, and the level of the services the member might have at the time of the clinical presentation. We will keep an eye on the member's treatment through the review process. In case of an emergency please contact the clinical staff at 877-224-0971, to provide you with the services you need.

Behavioral Health services are provided in a hospital, or in an outpatient clinic or office. All services must be provided by licensed mental health professionals, and nurses specially trained to provide you with behavioral health care services.

Covered Services include:

The following is a listing of covered services:

- Inpatient Services (Mental Health Diagnosis)
 - Room and board
 - Nursing Care
 - Medical Supplies
 - All diagnostic and therapeutic services
- Outpatient Hospital Services (Mental Health Diagnosis)
- Doctor Services (Mental Health Diagnosis)
 - Community Mental Health Services Treatment Plan Development and Modification
 - Evaluation Services
 - Medical and Psychiatric Services
 - Prescription Psychiatric Medications prescribed to a “*child*” may not be filled without the informed consent of the child’s parent or legal guardian. (“*Child*” means a person from birth until the person’s 13th birthday). The form must accompany the prescription and brought to the pharmacy to be filled.
 - Health Therapy Services
 - Community Support and Rehabilitation Services
 - Therapeutic On-Site Services for Children and Adolescents (TBOS)
 - Services for Children Ages 0-5 Years (Health Day Services and TBOS)
 - Crisis Intervention Health Services and post Care Services
 - Abuse Services by Referral (available through fee-for-services only)

With the exception of emergency services, all services need prior authorizations based on the medical services you need.

At any time, a member may select a different behavioral health provider or case manager within the well-know provider network if one is available.

Services that are not covered:

The following services are not covered:

1. Specialized Therapeutic Foster Care
2. Therapeutic Group Care Services
3. Behavioral Health Overly Services
4. Community Substance Abuse Services
5. Residential Care
6. Sub-acute Inpatient Psychiatric Program (SIPP) Services
7. Clubhouse Services
8. Comprehensive Behavioral Assessment, and
9. Florida Assertive Community Treatment Services (FACT)

Long term care services of a nursing home, for persons with disabilities, specialized therapeutic foster care, children’s residential treatment services, or state hospital services are not covered.

For members requiring those services, CompCare shall consult the Medicaid Field Office and/or the Department of Children & Families [DCF] offices to identify right ways to get a referral. CompCare is responsible for changing and referring you to the right service providers. Members who are receiving those services shall be disenrolled from the plan. CompCare will notify and pass on to the Health Plan about disenrollment processes. If

CompCare determines that the need for health services is not covered under the contract, CompCare shall pass on the member to the right service provider. CompCare may ask for the assist of the Medicaid Field Office or the Department of Children & Families [DCF] offices for transfer to the right service location.

Emergency Services:

You are covered for emergency mental health care services. You must visit a near by emergency room or call 911. See below some samples of emergency mental health conditions:

- Likely danger to self or others
- Harm that can cause death or serious harm to the body
- So much harm that the person can not deal with daily life

If you need information on how to get services please contact the Clinical Staff at 877-224-0971. We provide services 24 hours a day, 7 days a week.

Member Rights and Responsibilities

As a member of MHPFL EZ CARE you have certain rights that are given to you:

Information:

- To know the names of all doctors and other health care professionals in your medical treatment.
- To be given information about your health plan, services, and use.
- Get information about co-payments and fees that you must pay.
- Get information about the doctors, hospitals and other providers that are in the plan.
- Be told how to file a complaint or appeal with the plan.
- Get information from doctors about your medicines, including what the medicines are, how to take them, and side effects.
- To be informed by your doctor or other health care professional about any treatment you may receive and have your doctor request your consent for all treatment, unless there is an emergency and your life and health are in serious danger. If written consent is necessary for procedures, such as surgery, be sure you understand the risks and why the procedure or treatment is needed.
- To know of continuing health care after leaving from the hospital.
- Get an explanation of non-covered services.
- Get a fast answer when you ask the plan questions or want information.
- Get a copy of the plan's Member Rights and Responsibilities Statement.

Upon request the following are available to you:

- Full explanation of the way Authorization and Referral work in the plan.
- Full explanation of the way used to decide if medical services are “medically necessary”
- An explanation of MHPFL's Quality Assurance and Performance Indicator program.
- Policies and Procedures for MHPFL's drug benefits, including the disclosure, upon request of whether MHPFL uses a formulary and whether a certain drug is covered by MHPFL.
- Policies and Procedures relating to the privacy and disclosure of member records.
- Policies and procedures that talks about the needs of non-English speaking patient.
- A full explanation of the process used for hiring our doctors under contract with or employed by

MHPFL and any doctor incentive plans.

- Information on the operation and structure of the health plan.
- All Performance and Financial information that is printed by the Agency for Health Care Administration (AHCA) is available in the computer, by going into Medica Health Plans of Florida, Inc. website at: www.EZCAREMHPFL.com

The request may be done in writing or by phone to our Member Services Department.

Access to Care:

- Get care from the doctor (PCP) you chose from the plan.
- Change your doctor (PCP) to another doctor (PCP) who is working with the plan.
- Get needed care from specialists, hospitals and other doctors in the plan.
- Be told by your doctor how to make appointments and get treatment during and after office hours.
- Be told how to get in touch with your doctor (PCP) or a back-up doctor 24 hours a day, every day.
- Call 911 (or any available emergency service) or go to the nearest emergency/urgent care facility when you have an emergency medical condition.
- Get urgently needed medically necessary care.

The Freedom to Make Decisions:

- Apply these rights regarding to sex, age, and race, cultural, economic, educational or religious background.
- Have any person who has legal rights to make medical care decisions for you exercise these rights on your behalf.
- Refuse treatment providing you choose to accept responsibility and the cost of such a choice.
- Complete an Advance Directive, Living Will or other instructions and give it to your health care doctors.
- Know that you or your doctor cannot be punished for filing a complaint or appeal.

Personal Rights:

- To be treated with respect and in a way that shows your need for privacy and self-respect.
- Help your doctor make decisions about your health care.

As a member of EZ CARE you have a Responsibility To:

Exercise Your Rights:

- Choose a doctor (PCP) from the plan and form a patient/doctor relationship.
- Help your doctor make decisions about your health care.

Follow Instructions:

- Read and understand your plan and benefits. Know the co-payments and what services are covered and what services are not covered.
- Follow the orders and advice you and your doctor have agreed.
- See the specialists your doctor (PCP) sends you to.
- Make sure you have the right approval for the services, including hospitalization and out-of-network treatment.
- Show your member ID card in the doctor's office before seeing them.

- Pay the co-payments required by your plan.
- Quickly follow your plan's complaint procedures if you believe you need to make a complaint.
- Treat doctors, their staff, and the staff of the plan with respect.
- Do not be involved in any false actions to the plan or any doctor.

Communicate:

- Be responsible for knowing and following doctor's information about your care and to ask questions if you do not understand or need details.
- Tell your doctor quickly when you have sudden problems or symptoms.
- Ask your doctor for referrals to non-emergency covered specialist or hospital care.
- Understand that doctors in the plan and other health care professionals who care for you are not employees of MHPFL and that MHPFL does not control them.
- Call Member Services about your plan if you do not understand how to use your benefits.
- Give correct and complete information to doctors and other health care professionals who care for you.
- Let MHPFL know about other medical plan you or your family members may have.

You may have additional rights and responsibilities depending upon any State law related to your plan.

Member Appeals, Grievances and Medicaid Fair Hearing

Definitions

Grievance: When you are unhappy with a service you are receiving. For example, a doctor was rude to you.

Appeal: When a service you requested has been denied, limited or not performed on time. You are requesting that a service or authorization be reviewed.

Expedited Appeals: If the timeframe for a standard appeal would be a risk to your health, you or your PCP can request an expedited appeal, where the process is made faster. In this case, a decision will be made and given to you or your PCP within 72 hours.

You have a right to file a grievance or appeal with MHPFL.

Grievance Process

If you have a grievance or are unhappy with any services that MHPFL gave or on how you were treated by a doctor or a representative of MHPFL a grievance can be filed in writing or verbally through MHPFL Member Services Department 24 hours a day, 7 days a week. If in writing, the letter must include the following information: Member's name, member's ID number, Member's contact information (telephone number and address), and the reason for the grievance.

Please send your signed and dated Grievance letter to:

Grievance Coordinator-EZ CARE
 Medica Health Plans of Florida, Inc.
 4000 Ponce De Leon Blvd., Suite 750
 Coral Gables, FL 33146

EZ CARE's Grievance and Appeals Department hours of operation are from 8:00 AM to 7:00 PM Monday through Friday. To reach the Grievance Coordinator, please call Member Services at (877) 690-7783.

Member Services telephone number is found on the back of the Member's ID Card, Member Handbook and Provider Directory. A representative of MHPFL will assist in logging the conversation so that we may begin processing and tracking the grievance.

A Member may make a grievance at any time during a one-year period from the date of event. MHPFL will acknowledge receipt of Member's grievance and will take care of his/her grievance within the State-given timeframes not to go over the 90 Calendar Days, from the day we got the first grievance, be it spoken or in writing.

MHPFL may extend the grievance ruling timeframe by up to 14 Calendar Days if the Member asks for an extension or MHPFL documents that there is a need for more information and the delay in the Member's best interest.

MHPFL must tell the Member, in writing, within 90 Calendar Days (in the event that a 14-day extension was not asked for) of the ruling of the grievance. The Notice of disposition shall include the results and date of the ruling of the grievance, and for decisions not in the Member's favor, the notice of disposition shall include patient's right to ask for a Medicaid Fair Hearing if valid.

You also have the right to request a Medicaid Fair Hearing at any time during the grievance process and you can have one at the same time as your grievance or appeal process. If you decide to ask for a Medicaid Fair Hearing and want to continue getting benefits covered by MHPFL until hearing decision is made, you must make a request within 10 days from the date MHPFL sent the decision letter or within 15 days if you send MHPFL request by U.S. Mail. However, if the Medicaid Fair Hearing decides that MHPFL'S decision was right, then you may have to pay for the cost of the continued benefit. Your or your doctor may ask for a Medicaid Fair Hearing within 90 days from the date MHPFL sent the letter. To make a grievance with the Medicaid Fair Hearing you need to write to:

**Department of Children and Family Services (DCF)
Office of Public Assistance Appeals Hearings
1317 Winewood Boulevard, Building 5, Room 203
Tallahassee, Florida 32399-0700**

If you choose not to ask for a Medicaid Fair Hearing as discussed above but is dissatisfied with MHPFL's decision on the decision of their grievance and has worn out the MHPFL Grievance process, Member has the right to appeal to the AHCA Subscriber Assistance Program (SAP). The SAP will not consider a grievance taken to a Medicaid Fair Hearing. You must ask for a review by the SAP within one (1) year after the having gotten the MHPFL final decision letter being sent to the Member. To make a grievance with the SAP, Member must write to:

**Agency for Healthcare Administration
Subscriber Assistance Program (SAP)
Building 1, MS #26
2727 Mahan Drive
Tallahassee, Florida 32308**

Letter must include the following information: Plan name (Medica Health Plans of Florida, Inc.) member's name, member ID#, member's contact information, and the reason for making the grievance.

The contact phone numbers for the SAP are: (850) 412-4502 or (888) 419-3456 (toll free).

Appeals Process

You or your doctor will also be told of your right to appeal if you are not happy with the final decision made by MHPFL. You or your doctor, with Member's written consent, will have 30 days to make an appeal from the date of the action. MHPFL will acknowledge that the appeal has been received. MHPFL will resolve the appeal in 45 days (if 14 Calendar Days addition is not asked for). MHPFL will let you know within 5 Business Days if they need more time to resolve the appeal and send a written notice explaining reason for the delay.

You or your doctor may make an Appeal either orally or in writing, but when the Appeal is made orally, you must send a written, signed Appeal within 30 Calendar Days from the day MHPFL got the initial oral Appeal request.

MHPFL will give you or your doctor a notice of decision of the Appeal within 2 business days after the decision was made. In the event that the decision is in your favor, MHPFL will need to give services as quickly as your health condition needs it. For decisions not in your favor, the notice needs to include:

Information on how to ask for the Medicaid Fair Hearing and to include the address to DCF.

Your right to continue getting Benefits during a Medicaid Fair Hearing, information on how to ask for the continuation of Benefits and notice that if MHPFL's decision is the same from the Medicaid Fair Hearing you may be liable for the cost of continued Benefits.

MHPFL will give DCF with a copy of the written notice of outlook when asked for; and make sure that no disciplinary action is taken against a doctor who makes an Appeal for a Member or supports a Member's Appeal.

If MHPFL continues or reinstates your Benefits during the Appeal, MHPFL must continue giving the Benefits until one of the following happens:

- (a). the member takes back the appeal;
- (b). 10 Business Days pass from the date of MHPFL's notice of decision of the Appeal if the decision is unfavorable for the Member and if the Member has not asked for a Medicaid Fair Hearing with continuation of Benefits until a Medicaid Fair Hearing decision is reached.
- (c). The Medicaid Fair Hearing panel's decision is unfavorable for the Member; or
- (d). the authorization to give services runs out, or the Member meets the authorized service limits.

If the Final decision of the Appeal is unfavorable for you, MHPFL may get back the costs of the services given during the Appeal time.

If MHPFL did not give the services during the Appeal time and the Appeal panel undoes MHPFL's decision to reject, limit or delay services, MHPFL must authorize or give the Benefits disputed as quickly as the Member's health condition needs it.

If the services were given during the Appeal time and the Appeal Panel undoes MHPFL's decision to reject, limit or delay services, MHPFL's must approve payment for disputed benefits.

Expedited Appeals

In the event that MHPFL makes a decision that is not to the Members liking he/she has the right to make an appeal, if Member feels that the time for a standard appeal could be a danger to his/her life or health or may cause he/she to be injured, the Member or his/her Doctor may ask for an rushed review and obtain the answer within 72 hours, if the rushed appeal request is approved.

If you have any questions about your rights to Grievance and Appeals, please call the MHPFL's Member Services number found on the back of the ID card or in the Important Contact Information section of this handbook.

Advance Directives

The Patient's Right to Decide

All adult individuals in health care facilities such as hospitals, nursing homes, hospices, home health agencies, and Plan have certain rights under Florida law.

You have a right to file an "Advance Directive." This document says, in advance, what kind of treatment you want or do not want when you may be under special, serious, medical conditions; conditions that would stop you from telling your doctor how you want to be treated. For example, if you were taken to a health care facility in a coma, would you want the facility's staff to know your exact wishes about decisions affecting your treatment? An Advance Directive will let the doctors know how you want your health care to be handled.

WHAT IS AN ADVANCE DIRECTIVE?

An Advance Directive is a written or oral Statement, which is made and witnessed in advance of serious illness or injury. It tells others how you want health care decisions made when you are not able to make them yourself. There are two forms of an Advance Directive:

1. A "Living Will"
2. Health Care Surrogate Designation

An Advance Directive allows you to have made known your choices about health care, or to name someone to make those choices for you, if and when you become unable to make decisions about your health care treatment for yourself. An Advance Directive can allow you to make decisions about your future health care treatment.

WHAT IS A LIVING WILL?

A Living Will usually to have made known the kind of health care you want or do not want if you become unable to make your own decisions. It is called a "Living Will" because it happens while you are still living. Florida's law gives a suggested form to use for a Living Will. You may use it or some other form. You may wish to speak to a lawyer or doctor to be sure you have completed the Living Will so that your wishes will be understood.

WHAT IS A HEALTH CARE SURROGATE DESIGNATION?

A Health Care Surrogate Designation is a signed, dated and witnessed paper naming another person like a husband, wife, daughter, son or close friend as your representative. This person will then be the one who will

make health care decisions for you if you should become unable to make them for yourself. You can include instructions about any treatment you want or wish to stay away from. Florida law gives a suggested form to use for a Designation of a Health Care Surrogate. You may use it or some other form.

You may wish to have both a Living Will and a Health Care Surrogate Designation, or you may want to join them into one document that tells your treatment choices in a variety of situations and names someone to make health care decisions for you, should you be unable to make these decisions for yourself.

DO I HAVE TO WRITE AN ADVANCE DIRECTIVE UNDER FLORIDA LAW?

No, there is no legal must to complete an Advance Directive. But, if you have not made an Advance Directive or designated a Health Care Surrogate, health care decisions may be made for you by a court chosen keeper, your spouse, your adult child, your parent, your adult sibling, an adult relative, or a close friend in that order. This person would be called a “proxy”.

CAN I CHANGE MY MIND AFTER I WRITE A LIVING WILL OR DESIGNATE A HEALTH CARE SURROGATE?

Yes, you may change or cancel these documents at any time. Any change should be written, signed and dated. You can also change an Advance Directive by oral Statement.

WHAT IF I HAVE FILLED OUT AN ADVANCE DIRECTIVE IN ANOTHER STATE AND NEED TREATMENT IN A HEALTH CARE FACILITY IN FLORIDA?

An Advance Directive completed in another State, in agreement with the other State’s law, can be honored in Florida.

WHAT SHOULD I DO WITH MY ADVANCE DIRECTIVE IF I CHOOSE TO HAVE ONE?

Make sure that someone such as your doctor, lawyer, or family member knows that you have an Advance Directive and where it is located. Think about the following:

1. If you have chosen a health care stand-in, give a copy of the written designation form or the original to that person.
2. Give a copy of your Advance Directive to your doctor for your health care file.
3. Keep a copy of your Advance Directive in a place where it can easily be found.
4. Keep a card or note in your purse or wallet which says that you have an Advance Directive and where to find it.
5. If you change your Advance Directive, make sure your doctor, lawyer and/or family member has the newest copy.

Please note you have a right to choose a new health care doctor in times when a health care doctor cannot respect the Advance Directive wishes of his/her patients due to objections of sense of right and wrong. For more information, ask those in charge of your care or contact the Member Services Department.

If you have any complaints on how EZ CARE handles advance directive issues, you can file a complaint with the state's complaint hotline 1-888-419-3456.

If for any reason Advance Directives information change by State Law, the Plan will send these changes to the members as soon as possible, but no later than 90 days after the effective date of the change.

Confidentiality Of Member Information

Privacy of member information and records is important to MHPFL. There are several ways we protect your records.

- Members sign a release of medical records. This means you give us permission to get your health care records when researching a quality matter or health care inquiry.
- The Plan has written and implemented policies and procedures that protect the privacy of your data. This type of data can be released to a person or organization that has provided your written consent.
- Contracts between the Plan and its health care providers include terms concerning the privacy of your records.

MHPFL is committed to maintaining the privacy of your records and data. If you have any questions regarding this information, please contact our Member Services Department at the telephone number on the back of your Identification Card (ID).

Fraud and Abuse

Fraud and abuse in the health care industry are serious problems. Fraud and abuse are punishable by law. A person who commits fraud or abuse may be sent to prison. A person who commits fraud or abuse may also be forced to pay back money and lose health care benefits.

In health care, fraud and abuse happens when a person does something to get unauthorized benefits. These benefits may be for himself/herself or for some other person. Fraud and abuse also happens when your doctor or other health care provider does something unauthorized to get paid more. Your doctor or health care provider may also commit fraud by not giving you the services that you are authorized to get and bill for them.

If fraud and abuse are not stopped, people that really need the benefits may not be able to get them. When people commit fraud or abuse in health care they are using the money that was set aside to be used by sick children, the elderly or others in need. You can help in the fight against fraud and abuse. Here are some things you can do:

- Do not give your health insurance ID card to anyone except your doctor, hospital or other health care provider.
- Do not allow anyone (other than you) to use your ID card to receive health care services.
- Do not ask your doctor or other health care provider for medical care you do not need.
- Be suspicious if you are offered free tests or screenings in exchange for your health insurance ID number.
- Ask questions if someone wants you to have services or treatments you feel you do not need.
- Do not accept money or gifts from anyone who offers to buy medicine you have received through your insurance plan.
- Do not accept money from anyone who offers you to perform medical tests.
- Read the mail sent to you by us, and call us if you notice that your doctor, hospital or other health care provider has billed for services you did not receive.

If you suspect that fraud and abuse has occurred, you should report it. You can report fraud and abuse without giving your name, but if you agree to give your name and other contact information it will help the investigators. You can report suspected fraud and abuse by phone, through the Internet, or by regular mail. Before you make a report, try to get as much information as possible, including the following (do not worry if you do not have all this information, you can still report the case):

- The name of the person you suspect of committing fraud. This might be a person receiving health care benefits, or a doctor, hospital, nursing home, or other health care provider.
- The health insurance ID number.
- The date when the service was provided or billed.
- The amount of money involved.
- A description of the acts that you suspect involves fraud and abuse.

To report suspected fraud and/or abuse in Florida Medicaid, call the Consumer Complaint Hotline toll-free at 1-888-419-3456 or complete a Medicaid Fraud and Abuse Complaint Form, which is available online at https://ahcaxnet.fdhc.state.fl.us/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx.

You can also report fraud and/or abuse to us (your health plan) directly at the following address and phone numbers:

Call our Compliance and Ethics Hotline:	305-460-0648
Call toll-free our Member Services Helpline:	1-877-690-7783
TDD local line (for the hearing impaired):	305-421-1251
TDD toll-free line (for the hearing impaired):	1-800-517-6923

Write or visit us at:	Medica Health Plans of Florida, Inc. Attention: Ethics and Compliance Department 4000 Ponce de Leon Boulevard, Suite 750 Coral Gables, FL 33146
-----------------------	--

Or you can report your case by sending us an email at: reportfraud@medicaplans.com

If you report suspected fraud and your report results in a fine, penalty, or forfeiture of property from a doctor or other health care provider, you may be eligible for a reward through the Attorney General's Fraud Rewards Program (toll-free 1-866-966-7226 or 850-414-3990). The reward may be up to 25 percent of the amount recovered, or a maximum of \$500,000 per case (Florida Statutes Chapter 409.9203). You can talk to the Attorney General's Office about keeping your identity confidential and protected.

Description of Covered Benefits:

Behavioral Health Services	These services include: Inpatient hospital care for psychiatric conditions, outpatient hospital care for psychiatric conditions, psychiatric physician services, community mental health services, Mental Health Targeted Case Management (adults and children) and Mental Health Intensive Targeted Case Management (adults).
Child Check-Up Services	These services include: health and development history, unclothed physical assessment or examination, nutritional assessment, routine immunization update, laboratory tests (including lead screening), vision screening, hearing screening, dental screening, health education, and development assessment. You do not need a referral for these services.
Dental Services	Adult and Children Dental Services are covered if you use the Participating Dental Network. For Coverage and Limitations, call the Dental Network number on the back of your ID Card.
Diabetes Supplies and Education	Coverage for medically appropriate and necessary equipment, supplies, and services used to treat diabetes, including outpatient self-management training and educational services if your Participating Provider says these services are necessary.
Emergency Services	Includes emergency medical care 24 hours a day, 7 days a week. If necessary, call 911 for assistance. You do not need approval from <i>EZ CARE</i> or from your PCP to go to the emergency room if you are having a medical situation. Post Stabilization services are covered without prior authorization. These are services that are medically necessary after an emergency medical condition have been stabilized.
Family Planning Services	Family Planning Services includes information, referral education, counseling, diagnostic procedures and contraceptive drugs and supplies. Services are voluntary and you are permitted full freedom of choice of methods for Family Planning. You can go to any provider that participates with Medicaid for these services without a referral from your Primary Care Physician.
Hearing Services	Are covered for Members under 21 years and limited to examinations and evaluations necessary for the furnishing of one standard hearing aid every three years from date of last evaluation.
Freestanding Dialysis Facility Services	Includes routine laboratory tests, dialysis-related supplies, ancillary and other items. Services include all services and procedures rendered by a Participating Provider when needed for preventive, diagnostic, therapeutic, or to treat a particular injury, illness, illness or disease.
Home Health Care Services and Durable Medical Equipment	Includes intermittent or part time nursing services (R.N. or L.P.N.) Personal care services by a home health aide, and Medical items (limited to approved types of supplies and equipment suitable for use in the home). All services and equipment must be ordered by a participating provider. Your Primary Care Physician must notify <i>EZ CARE</i> for services or equipment which requires home health care. Home Health care does not include homemaker services, Meals on Wheels, companion, sitter or social services.

Hospital Ancillary Services	When your provider authorizes to be provided by the hospital and these services include, but are not limited to: radiology, pathology, neurology, neonatology and anesthesiology.
Immunizations	According to Childhood Immunization Schedule for the United States or when Medically Necessary for the member's health.
Independent Laboratory and Portable X-Ray Services	Includes laboratory and x-ray services when ordered by a Participating Provider. Independent Laboratory and Portable X-ray services must be rendered by participating <i>EZ CARE</i> provider.
Inpatient Hospital Services	Includes all items and services needed to give appropriate care during a stay at a participating hospital including room and board, nursing care medical supplies, and all diagnostic and therapeutic services. The Plan covers a maximum of 45 inpatient days from the period of July 1st through June 30th. (Includes only non-emergency care at hospitals when prior notification was obtained by your Primary Care or Admitting Physician from <i>EZ CARE</i>)
Outpatient Services	Outpatient services provided in an outpatient hospital setting. Your Primary Care Physician can obtain prior notification for health care services which may require notification.
Physician Services	Includes all services and procedures rendered by a Participating Provider when for preventive, diagnostic, therapeutic or to treat a particular injury, illness or disease. Excludes experimental procedures and cosmetic surgery. These physicians include: advanced registered nurse practitioner; physical assistant, Podiatry, optometrist, ambulatory surgical centers.
Prescribed Drug Services	Medicaid Program covers Prescription Drugs listed in the Health Plan's Prescribed Drug List (PDL), when ordered by a participating provider and supplied by a licensed Medicaid participating pharmacy. For more information, call our Member Services Department number on the back of your ID Card, or visit any <i>EZ CARE</i> participating pharmacy.
Therapy Services- Physical, Respiratory, Occupational and Speech therapies	Are covered for Members under 21 years of age as medically necessary, and in compliance with Medicaid Coverage and Limitations Handbook. Adults (21 years and older) are covered for outpatient physical and respiratory therapy.
Translation Services	If you are a non-English speaking Member, and need Oral Translation services, please call Member Services Department number on the back of the ID Card. These services are free of charge.
Vision Services	Vision services include eye exams, eyeglasses, and other services. Contact lenses for cosmetic purposes are not covered. Call the Vision Network number on the back of your ID Card for additional information and limitations.

Medica Health Plans of Florida, Inc EZ CARE - Dade County			SCHEDULE OF BENEFITS
COVERED MEDICAL SERVICES	Copoly \$		Limitations/Plan Maximum
PRIMARY CARE PHYSICIAN / ARNP / PA	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
CLINIC (FQHC, CHD)	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
SPECIALISTS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
MATERNITY/FAMILY PLANNING SERVICES	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
CHIROPRACTIC SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
PODIATRIST SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
RADIOLOGY SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
LABORATORY SERVICES	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program ▪ When ordered by a Participating Provider, and rendered by Quest Laboratory.
HOME HEALTH SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
INPATIENT HOSPITAL SERVICES (Behavioral Health and Physical Health)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program ▪ Maximum 45 days combined per plan year. The maximum day limitation is not applicable for children under the age of 21.
TRANSPLANT SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
OUTPATIENT HOSPITAL SURGERY	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
AMBULATORY SURGERY (ASC)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
DIALYSIS SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
CHEMOTHERAPY SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
OUTPATIENT HOSPITAL THERAPY SERVICES (Physical and Respiratory)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
OUTPATIENT MENTAL HEALTH SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
HOSPITAL EMERGENCY ROOM SERVICES	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
PRESCRIPTION DRUGS	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program, ▪ When ordered by a Participating Provider and supplied by a licensed Health Plan participating pharmacy.
AMBULANCE SERVICES	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
VISION SERVICES	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
HEARING SERVICES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program
THERAPY SERVICES (PT, OT, ST and RT)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program ▪ Are covered for Members under 21 years of age as medically necessary, and in compliance with Medicaid Coverage and Limitations Handbook. Adults (21 years and older) are covered for outpatient physical and respiratory therapy..
DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Same limitations, exceptions, and eligibility requirements as Medicaid Program,

EXTRA SERVICES	<i>Co-pay</i> \$		<i>LIMITATIONS</i>
Over the Counter (OTC) Pharmacy	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximum of \$ 10.00 per household/ per month
Adult Dental (Exam, Cleaning, X-Rays)	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> ▪ For more information, call Dental Provider number on the back of your ID Card.
AUTHORIZATION REQUIREMENTS		“R”	<i>Requires referral from PCP and authorization from Plan.</i>



EZ CARE

*Estamos aquí para
servirle...*

Guía para el Participante
Medica Health Plans of Florida, Inc. (MHPFL)

Condado de Miami-Dade

Contenido

Bienvenido a EZ CARE-----	página 5
Información sobre Contactos Importantes-----	página 7
Información sobre la Inscripción-----	página 8
Inscripción Abierta-----	página 9
Información sobre la Cancelación de Afiliación-----	página 9-10
Información sobre su Tarjeta de Identificación-----	página 10-11
Su Proveedor de Cuidados Básicos (PCP) -----	página 11-12
Servicios para Controlar la Salud de Niños(as) -----	página 12
Embarazo y Atención del Recién Nacido-----	página 12-13
Pautas para el Cuidado Preventivo de la Salud-----	página 13-17
Proveedores del Plan -----	página 18
Servicios Cubiertos -----	página 18-19
Atención Especializada -----	página 19
Autorización de Servicios -----	página 19-20
Segunda Opinión Médica -----	página 20
Atención de Emergencia-----	página 20-21
Atención de Urgencia-----	página 21-22
Servicios de Traducción-----	página 22
Recetas Médicas-----	página 22
Servicios Dentales-----	página 22
Servicios para la Visión-----	página 22
Salud Mental (del Comportamiento) o Abuso de Sustancias-----	página 23
Servicios de Salud Mental del Comportamiento Cubiertos, Limitaciones y Excepciones -----	página 23-25
Derechos y Responsabilidades del Participante-----	página 25-28
Apelaciones y Agravios de los Participantes y Defensa de Medicaid-----	página 28-31
Instrucciones Anticipadas-----	página 31-33

Confidencialidad de la Información del Participante ----- página 33

Fraude y Abuso ----- página 34-35

Descripción de Beneficios Cubiertos----- página 36-37

Lista de Beneficios ----- página 38-39

Bienvenido a EZ CARE!!

La misión de *EZ CARE* es la de desarrollar un sistema de salud que sirva para mejorar la calidad de vida de sus participantes y familiares. Esto se logra ofreciendo servicios de salud de alta calidad y asequibles, de tal forma que estos puedan ser accesibles a todos nuestros participantes del plan de salud que se encuentran en el área de servicio.

EZ CARE está aquí para servirle. En esta Guía para el Participante, usted encontrará la información necesaria que lo(a) ayudará a comprender cómo es que su plan de salud funciona. Sírvase leer la guía cuidadosamente y manténgala siempre en un lugar seguro para que pueda referirse a esta cada vez que sea necesario.

También recuerde que en cualquier momento que lo necesite puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro, al número de teléfono gratuito 1-(877) 690-7783. Estamos aquí para ayudarlo(a) con cualquier pregunta que pueda tener.

PÁGINA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

INFORMACIÓN SOBRE CONTACTOS IMPORTANTES

Medica Health Plans of Florida, Inc. (EZ CARE)
 4000 Ponce de Leon Blvd.
 Suite 750
 Coral Gables, Florida 33146

NÚMEROS DE TELÉFONO DE MHPFL:

Línea de Ayuda de Servicios al Miembro (Local)	(305) 421-1228	24 horas/7 días a la semana
Línea de Ayuda de Servicios al Miembro (Línea Gratuita)	1 (877) 690-7783	24 horas/7 días a la semana
TDD (para personas con Problemas de Audición)	(305) 421-1251 1 (800) 517- 6923	24 horas/7 días a la semana

OFICINA DE MEDICAID / NÚMEROS DE TELÉFONO DE ASESORAMIENTO ELECTIVO:

Oficina Local de Medicaid	(305) 499-2000	8:00 a.m. – 5:00 p.m.
Opciones de Medicaid (Línea Gratuita)	1 (888) 367-6554	lunes a viernes 8:00 a.m. – 7:00 p.m.
TDD (para personas con Problemas de Audición)	1 (800) 653-9803	sábado 9:00 a.m. – 1:00 p.m.

Por favor cerciórese que todos los espacios en blanco que se encuentran a continuación sean llenados, para que estos números estén disponibles para ser usados de inmediato.

DEPARTAMENTO DE NIÑOS(AS) Y FAMILIAS:

Nombre del Trabajador Encargado del Caso	No. de Teléfono:	Horario de Oficina:
--	------------------	---------------------

PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD:

Su Proveedor de Cuidados Básicos (PCP)	Nombre:	No. de Teléfono:
Su Farmacia Participante	Nombre:	No. de Teléfono:
Otros Proveedores del Cuidado de la Salud	Nombre:	No. de Teléfono:
Otros Proveedores del Cuidado de la Salud	Nombre:	No. de Teléfono:
Otros Proveedores del Cuidado de la Salud	Nombre:	No. de Teléfono:

Información sobre la Inscripción

Inscripción en EZ CARE

EZ CARE atiende a aquellos niños y adultos que son elegibles para participar del programa de Medicaid en Florida. Medicaid es el programa Estatal y Federal que le proporciona cobertura de salud a un grupo selecto de niños y adultos con bajos ingresos. Para recibir beneficios de Medicaid, las personas deben de cumplir ciertos requisitos de elegibilidad.

Los grupos básicos que son elegibles para recibir Medicaid son:

- Familias de bajos ingresos con niños
- Solamente niños
- Mujeres embarazadas
- Aquellas personas que no son ciudadanas pero que tienen emergencias médicas
- Personas ancianas o con discapacidades que en la actualidad no están recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)

La Administración del Seguro Social tiene requisitos de elegibilidad para el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), y el Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF, por sus siglas en inglés) determina la elegibilidad para los demás programas de Medicaid. Si le gustaría obtener más información sobre cómo ser considerado para los programas de Medicaid de Florida, sírvase llamar a un representante de Asesoramiento Electivo al teléfono 1-888-367-6554 (Los usuarios de TTY/TTD con problemas de audición, sírvanse llamar al 1-800-653-9803).

Información sobre la Inscripción

Inscripción Voluntaria:

Usted mismo(a) puede optar por subscribirse en EZ CARE; simplemente llame a Asesoramiento Electivo al teléfono 1-888-367-6554 (la línea para los usuarios de TDD es 1-800-653-9803) o llame a MHPFL al (877) 690-7783 para hablar con un representante de Servicios al Miembro, quién lo(a) ayudará con mucho gusto.

Inscripción Obligatoria:

Si usted es un(a) afiliado(a) obligatorio(a) a quien se le requirió que se subscribiera en un plan, una vez que se haya suscrito en EZ CARE o que el estado lo subscriba en un plan de salud, tendrá 90 días a partir de la fecha efectiva de su primera subscripción para que pruebe el plan. Durante los primeros 90 días, usted puede cambiar de plan de salud por cualquier motivo. Después de los 90 días, si usted aún es elegible para recibir los beneficios de Medicaid, será suscrito en el plan por los nueve meses siguientes. A esto se le llama “bloqueo.”

Para mayor información, sírvase llamar a Asesoramiento Electivo al 1-888-367-6554 (la línea para los usuarios de TDD es 1-800-653-9803.)

Inscripción Abierta:

Si usted es un(a) afiliado(a) obligatorio(a), el estado le enviará una carta 60 días antes de que finalice su subscripción, informándole que si desea cambiar de plan, lo puede hacer. A esto se le llama “inscripción abierta.” Usted no tiene que cambiarse de plan, pero si decide hacerlo durante el período de inscripción abierta, empezará con el nuevo plan al finalizar su año actual de subscripción. Ya sea que usted decida elegir un nuevo plan o permanecer en el mismo, estará bloqueado(a) en ese plan por los 12 meses siguientes. Cada año tendrá la opción de cambiar su plan de salud durante los 60 días de inscripción abierta.

Si tiene preguntas sobre el Período de Inscripción Abierta, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL, al teléfono (305) 421-1228 o (877) 690-7783.

Información sobre la Cancelación de Afiliación

Si no se encuentra satisfecho(a) con EZ CARE, sírvase llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro y dénos la oportunidad de corregir o solucionar cualquier problema(s) que pueda haber tenido, pero si a pesar de todo desea cancelar su afiliación, el Departamento de Servicios al Miembro lo(a) ayudará. Sírvase llamarlos al (305) 421-1228 o (877) 690-7783.

Algunos recipientes de Medicaid pueden cambiar su plan de salud en cualquier momento y por cualquier razón. Por ejemplo, las personas que son elegibles a recibir beneficios de Medicaid y de Medicare y los niños que reciben beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) pueden cambiar de plan en cualquier momento y por cualquier razón. Para averiguar si puede cambiar de plan, sírvase llamar a Asesoramiento Electivo al 1-888-367-6554 (la línea para los usuarios de TDD es 1-800-653-9803).

Si usted es un(a) afiliado(a) obligatorio(a) y desea cambiar de plan después de que el período inicial de 90 días finalice, o después de que termine su período de inscripción abierta, debe de tener una buena razón aprobada por el estado para hacerlo. Las siguientes razones para cambiarse de plan de salud han sido aprobadas por el estado:

EZ CARE cancelará su subscripción por los siguientes motivos:

- El subscriber se muda fuera del país o su dirección es incorrecta, y el subscriber no vive en un condado donde el plan ha sido autorizado para proporcionar servicios.
- El proveedor ya no forma parte del plan de salud.
- El subscriber ha sido excluido de ser inscrito.
- Ha ocurrido una comercialización evidenciada o se ha quebrantado un servicio de asistencia comunitaria.
- Se le ha impedido al subscriber que participe en el desarrollo de su plan de tratamiento.
- La Agencia ha determinado que el subscriber se encuentra en el plan de salud incorrecto.
- El plan de salud ya no participa en el condado.
- Tal como está especificado en el artículo 42CFR 438.702(a) (3), el estado ha impuesto sanciones intermedias en el plan de salud.
- El subscriber necesita que ciertos servicios relacionados sean ejecutados simultáneamente, pero no todos los servicios relacionados son disponibles dentro de la red del plan de salud. O, el Proveedor de Servicios Básicos (PCP, por sus siglas en inglés) ha determinado que si los servicios se reciben por separado, el subscriber podría estar sujeto a un riesgo innecesario.

- Debido a discrepancias morales o religiosas, el plan de salud no cubre los servicios que el subscriptor solicita.
- El subscriptor perdió la inscripción abierta debido a la pérdida temporal de elegibilidad, la cual se limita a un máximo de 60 días para poblaciones que no cuentan con una reforma y a un máximo de 180 días para poblaciones con reforma.
- De acuerdo al artículo 12 CFR 438.56 (d) (2), otras razones incluyen, pero no están limitadas a, la mala calidad de los cuidados; a la ausencia de acceso a los servicios cubiertos bajo el contrato; a cambios desmedidos o inadecuados en los Proveedores de Cuidados Básicos; a impedimentos en el acceso a los servicios debido a una experiencia significativa al tratar con las necesidades para el cuidado de la salud del subscriptor; o a una inscripción fraudulenta.

Cancelación de Afiliación Involuntaria:

EZ CARE cancelará su subscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted se ha mudado o se va a mudar fuera del área de servicio
- Usted permite que otra persona use su Tarjeta de Identificación
- Usted pierde su elegibilidad con Medicaid
- Si después de recibir una advertencia verbal y una advertencia escrita, usted aún se comporta de manera rebelde, alarmante, y no coopera con su comportamiento abusivo. Esto no se aplica a los participantes que han sido diagnosticados con tener problemas de comportamiento debido a enfermedades mentales
- Usted no es elegible a subscribirse en este plan
- Falsificación de prescripciones por el subscriptor

Para mayor información, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Miembro al (305) 421-1228 o (877) 690-7783, y uno de los representantes lo(a) ayudará con cualquier pregunta que pueda tener.

Reintegración:

Si usted pierde sus beneficios de Medicaid y los recupera dentro de un período de 180 días luego de haberse suscrito en Medica Health Plans of Florida, Inc. EZ CARE, el Estado lo pondrá de vuelta en EZ CARE. Estará con el mismo Proveedor de Cuidados Básicos que usted tuvo anteriormente.

Tarjeta de Identificación

Como participante de EZ CARE, usted recibirá una Tarjeta de Identificación. Cada vez que usted tenga una cita con su doctor, o vaya al hospital, a la farmacia, o a cualquier otro lugar donde obtenga atención médica, deberá de presentar su Tarjeta de Identificación de EZ CARE y su tarjeta de Medicaid. Por favor mantenga en todo momento su tarjeta de identificación en su poder. Nunca permita que otra persona la use o correrá el riesgo de perder sus beneficios.

Su Tarjeta de Identificación de EZ CARE contiene la siguiente información en la parte frontal:

- **Nombre del Participante** – El nombre de la persona cubierta por el Plan.
- **Número de Medicaid (No. de Cuenta)** – El número de Medicaid de la persona cubierta por el Plan.

- **Número de Identificación del Participante** – Su número personal de identificación del Plan (ID, por sus siglas en inglés). Cada vez que llame para solicitar una cita con un proveedor, o cuando llame o le escriba al Plan, deberá de tener siempre presente este número.
- **Número del Grupo** – Este es el número del grupo del Plan en el cual usted se encuentra.
- **Código del Plan** – Este es el número del Plan del cual usted forma parte.
- **Nombre del Proveedor de Cuidados Básicos (PCP)** – El nombre del Proveedor de Cuidados Básicos que usted escoja, o el Plan seleccionado, que le proporcionará su atención médica y donde usted acudirá para recibir servicios de atención médica.
- **Número de Teléfono y de Identificación de su Proveedor de Cuidados Básicos (PCP)** – El número de teléfono directo de su Proveedor de Cuidados Básicos y el número de identificación (ID) que el Plan le ha dado a su Proveedor de Cuidados Básicos.
- **Número de Identificación de su Farmacia (Rx, por sus siglas en inglés)** – El número de identificación (ID) del Plan y el de su farmacia, que será usado por el farmacéutico cada vez que usted abastezca una receta médica en una de las farmacias participantes.

En la parte de atrás de su tarjeta de identificación encontrará números de teléfono importantes que puede necesitar para:

- Servicios al Miembro (también para información sobre facturación de proveedores que no están bajo contrato)
- Servicios Farmacéuticos
- Servicios Dentales
- Servicios de Salud Mental

Si pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL al (305) 421-1228 o (877) 690-7783 y ellos de inmediato le enviarán otra por correo. Si pierde su tarjeta de Medicaid, sírvase llamar a su Trabajador del Caso en el Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés.)

Proveedor de Cuidados Básicos (PCP)

Una vez que usted se suscribe en el Plan, debe de seleccionar a un Proveedor de Cuidados Básicos (PCP, por sus siglas en inglés.) Si usted fue asignado a EZ CARE, un Proveedor de Cuidados Básicos ha sido seleccionado para usted. Este es el doctor que se encargará de sus cuidados y usted podrá encontrar su nombre, dirección y número de teléfono en su tarjeta de identificación. Cada vez que necesite cuidados médicos en el consultorio de un doctor, sírvase llamar al número de teléfono de su PCP que está indicado en su tarjeta de identificación. Este se asegurará que usted reciba los cuidados necesarios. Excepto en situaciones de emergencia, antes de obtener atención médica usted deberá de llamar a su PCP. Si no llama antes a su PCP, o si obtiene atención médica a través de un proveedor que no forma parte del plan, es posible que usted tenga que pagar por los servicios de atención médica recibidos.

Aunque usted no necesite cuidados médicos, debe de solicitar una cita para ver a su PCP dentro de un período de 90 días luego de haberse convertido en participante de EZ CARE. La primera vez que usted visite a su PCP, por favor asegúrese de firmar un Formulario para Facilitar sus Registros Médicos para que su PCP pueda obtener su historial médico de su anterior doctor. El Formulario para Facilitar Registros Médicos ha sido incluido en su paquete de bienvenida y su PCP también lo tendrá en su consultorio.

Si usted está embarazada o piensa que puede estarlo, deberá de visitar a su doctor de inmediato. El cuidarse desde un comienzo ayudará a proteger tanto su salud, como la de su bebe. Puede seleccionar a un Obstétrico / Ginecólogo (OB/GYN, por sus siglas en inglés) que forme parte de nuestro plan, para que sea su PCP mientras se encuentra embarazada. El OB/GYN coordinará sus necesidades de atención médica mientras dure su embarazo. Si se encuentra embarazada, debe de solicitar una cita para ver a su OB/GYN dentro de los 30 días de haberse convertido en participante de EZ CARE.

Cómo Cambiar a su Proveedor de Cuidados Básicos (PCP)

Si desea cambiar de PCP, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL al (305) 421-1228 o (877) 690-7783. Ellos lo(a) ayudarán con el cambio y le darán la fecha efectiva del cambio.

Igualmente, ellos le enviarán una nueva tarjeta de identificación con la información de su nuevo PCP. Cada uno de los miembros de su familia que está inscrito en EZ CARE puede elegir a un PCP diferente, o al mismo, dependiendo de sus necesidades.

Servicios

Servicios para Controlar la Salud de Niños(as)

Los controles periódicos son importantes para mantener la salud de niños y adultos. Estos controles periódicos pueden ayudar a descubrir los problemas de salud antes de que lleguen a ser serios. Sírvase revisar la sección de su guía sobre Pautas Preventivas para tener conocimiento sobre las pruebas que tanto niños como adultos necesitan hacerse, y cuando es que deben de hacérselas. Debe de aprender lo que puede hacer para mantenerse sano(a) y en cualquier momento pídale a su PCP información sobre preguntas que pueda tener relacionadas con la salud.

Es muy importante que los niños visiten periódicamente a sus Proveedores de Cuidados Básicos. EZ CARE cubre servicios asociados con el Programa para Controlar la Salud de los Niños, el cual es un servicio preventivo para niños. Estos servicios incluyen:

- a. Evaluación de exámenes de salud
- b. Examen físico sin ropa
- c. Evaluación del desarrollo
- d. Evaluación nutricional
- e. Inmunizaciones adecuadas
- f. Pruebas de laboratorio (incluyendo pruebas de plomo en la sangre)
- g. Educación sobre la salud
- h. Revisión dental (incluyendo, para los participantes, la referencia directa a un dentista, empezando a los tres (3) años de edad o más temprano, de acuerdo a las indicaciones)
- i. Examen de la Vista
- j. Prueba de audición
- k. Diagnóstico y tratamiento; referencia y seguimiento, de acuerdo a las indicaciones apropiadas.

Embarazo y Atención del Recién Nacido

Los servicios de maternidad incluyen lo siguiente: evaluación y asesoramiento de enfermería, la prueba de Riesgo Prenatal del programa Healthy Start de la Florida, evaluación nutricional, entrega y seguimiento, la prueba Infantil (Postnatal) del programa Healthy Start de la Florida, y cuidados de seguimiento.

Si usted está embarazada o piensa que puede estarlo, deberá de visitar a su doctor de inmediato. El cuidarse desde un comienzo ayudará a proteger tanto su salud, como la de su bebe. Puede seleccionar a un Obstétrico / Ginecólogo (OB/GYN, por sus siglas en inglés) que forme parte de nuestro plan, para que sea su PCP. Este proveedor coordinará sus cuidados prenatales. Tan pronto como sepa que está embarazada, necesita contactar a su Trabajador del Caso en el Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF, por sus siglas en inglés) y también deberá de llamar al Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL al (305) 421-1228 o (877) 690-7783.

El Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF, por sus siglas en inglés) inscribirá a su bebe y le dará un número de activación de Medicaid para niños que están por nacer. Cuando llame al Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL, necesita darnos el número del bebe y escoger un pediatra de EZ CARE para los cuidados de su bebe. Si aún no ha elegido a un pediatra cuando llegue el nacimiento del bebe, nosotros elegiremos a uno para usted.

Su recién nacido tendrá cobertura de salud médica con EZ CARE desde el día de su nacimiento. Sírvase notificarles a MHPFL y a DCF la fecha del nacimiento de su bebe. Si el Estado no coloca a su recién nacido en EZ CARE, usted necesita llamar a Medicaid Options al 1-888-367-6554 (los usuarios de TTY/TDD con problemas de audición, sírvanse llamar al 1-800-653-9803) y pídale que inscriban a su bebe en EZ CARE.

Si usted está embarazada o piensa que puede estarlo, visite a su Proveedor de Cuidados Básicos de inmediato.

Pautas para el Cuidado Preventivo de la Salud

En su guía estamos incluyendo pautas para el cuidado preventivo de la salud que lo(a) ayudarán. Estas pautas le indican tanto a usted y/o a los miembros de su familia, cuando es necesario que vayan a hacerse un control. También le informan cuando es que necesita pruebas y/o vacunas, así como el nombre de estas. Igualmente, ayudan a recordarle cuando necesita llamar a su PCP para solicitar una cita.

Estas pautas son solamente guías generales y no reemplazan la opinión de su doctor. Para cerciorarse de que está recibiendo el examen, tratamiento, prueba y cuidados adecuados, hable siempre con su doctor.

Medica Health Plan of Florida, Inc. *Pautas Preventivas para la Salud:

Vacunas para Pediatría y Adultos; Febrero 2011

Pruebas: Recomendaciones del 2011 de Comisión de los Estados Unidos

para la Prevención de Servicios

Pruebas para el Cuidado Preventivo:	Frecuencia del Servicio:
Exámenes Preventivos para Niños	1m, 2m, 4m, 6m, 9m, 1 año, 15m, 18m, de 2 a 20 años todos los años
Estatura y Peso y IMC	Cada Visita (IMC anual)
Presión Arterial	3-6 años (anual), ≥ 6 años, cada 2 años
Audición - pediatría	Recién nacidos y niños sintomático
Visión - ambliopía - pediatría	3-5 años
Visión, glaucoma < 65 años	Cada 4 años
>65 años	Cada 2 años
Examen de Mama - ≥ 17 años	Una vez al año
Examen de la piel, oral y de la tiroides ≥ 13 a – 40 años	Cada 3 años
> 40 años	Una vez al año
Examen de la Presión Arterial	Cada 2 años (<120/80); una vez al año (>120/80)
Examen de Aneurisma de la Aorta Abdominal (AAA) – US	Hombres 65-75 años (ex fumadores o fumadores)
Examen del Recto > 40 años	Una vez al año
Anemia por Deficiencia de Hierro, Examen y Suplementos	6-12m, riesgo alto / promedio y mujeres embarazadas
Hemoglobina o Hct (Hematocrito)- Pediatría	6-12m, 5 años, y alto riesgo
Edad 20 – 49 años – bajo riesgo	Una vez
≥ 50 años	Una vez al año
Examen de Diabetes, Tipo 2	Hx HTN e Hiperlipidernia
Examen de plomo – pediatría	1 año –5 años, y mujeres embarazada con alto riesgo
Análisis de Orina / Cultivo	
Pediatría	Una vez antes de los 5 años
Adultos	Edad ≥ 35 años; cada 5 años
Examen de hipotiroidismo congénito	Todos los recién nacidos
IUP: bacteriuria sintomática	12 – 16 semanas IUP
Prueba de Tuberculosis en la piel - pediatría, adolescentes y adultos	Alto riesgo; anual
T4/TSH pediatría	4-6 días
Examen de Hepatitis B - mujeres encinta	Visita inicial, 28 y 32 semanas
Examen de Célula Falciforme – pediatría	Recién Nacidos
Salud Oral / dental	Referencia a los 3 años
Examen por problemas con la bebida	Adultos jóvenes, adultos y mujeres embarazadas
Examen por depresión grave; 12 a 18 años, >19 años	Adolescentes y adultos
Prevención contra accidentes	Niños y adultos
Examen y asesoramiento sobre el uso de tabaco y el abuso de drogas	Adolescentes, adultos y mujeres embarazadas

Examen y asesoramiento para personas con sobrepeso y con peso más bajo de lo normal	Todas las edades
Asesoramiento de comportamiento para promover la lactancia materna	Mujeres embarazadas
Examen Inicial de Salud y Riesgo Prenatal de Florida	Mujeres embarazadas
Multivitaminas con ácido fólico	Mujeres planeando embarazarse o capacitadas para hacerlo
Osteoporosis: Suplemento de calcio para mujeres	Edad \geq 50 años cada 2 años
Actividad física	Pediatría y adultos
Exposición a los Rayos Ultravioleta	Pediatría y adultos
Examen de Escoliosis Idiopática	Adolescente
Trastornos de los Lípidos, Examen; hombres > 35 años, mujeres > 45 años	Cada 5 años
Otros, factores de riesgo Cardiovasculares (CVD) [hombres: 20-35, mujeres: 20-45]	Cada 5 años
Opciones de Proyección del Recto y el Colon	Edad >50 años
Prueba de la sangre oculta en heces (FOBT, por sus siglas en Inglés)	Cada año
Sigmoidoscopia flexible	Cada 5 años
Enema de Bario de Doble Contraste (DCBE, por sus siglas en Inglés)	Cada 5 años
Colonoscopia; 50 – 75 años [rutinario]	Cada 10 años
Mamografía: Mujeres 50-74 años	Cada 2 años
Cáncer al seno, Asesoramiento de Prevención de Quimioterapia	Mujeres con Alto Riesgo
Asesoramiento Genético; Prueba genética para el cáncer de seno (BRCA)	Mujeres con Alto Riesgo
Prueba de Infección por el Virus de la Hepatitis B	Mujeres embarazadas; primera visita prenatal
Prueba de Papanicolau	21-65 años, mujeres sexualmente activas y mujeres embarazadas
Prueba de Clamidia: Mujeres Sexualmente Activas (No Embarazadas)	24 años y <; y mujeres mayores en riesgo
Prueba de Sífilis en el Embarazo	Todas las mujeres embarazadas
Examen de Osteoporosis: Mujeres de alto riesgo	Edad entre 60-64 años, cada 2 años \geq 65 años
Terapia de aspirina – mantenimiento cardiaco	Hombres entre 45-79 años, mujeres 55-79 años
Ácido fólico, Prevenir defectos del tubo neural	Mujeres planeando embarazarse o capacitadas para hacerlo
Medicamento Profiláctico para la Gonorrea [ojos]	Recién nacidos
Asesoramiento para el Comportamiento Sexual	Adultos jóvenes y adultos
Asesoramiento sobre el SIDA	Mujeres embarazadas; visita inicial, 28 & 32 semanas
Embarazo no deseado: anticonceptivos	Mujeres capacitadas para embarazarse
Prevención de enfermedades transmitidas sexualmente (STD, por sus siglas en Inglés): condones, espermicidas	Adultos jóvenes y adultos

♦ Vacunas – pediatría y adultos	♦ Recomendaciones CDC 2008 y 2009
Polio [IPV o Vacuna de Polio Desactivada]	2, 4, 6-18m, 4-6 años
Difteria, Tétano y Tos Ferina [DtaP, por sus siglas en Inglés]	2, 4, 6, 15-18m, 4-6, 11-12 años
Sarampión, Paperas y Rubéola [MMR, por sus siglas en Inglés]	12-15m, 4-6 años y adultos en riesgo
Retrovirus [Rota]	2, 4, 6m
Haemophilus Influenza, tipo B [Hib]	2, 4, 6m; 12-15m refuerzo
Hepatitis A [Hep A]	12-23m (2dosis/6m por separado) y adultos de alto riesgo
Hepatitis B	0,1-2m, 6 – 18m (3 dosis) y adultos de alto riesgo
Vacuna Antineumocócica Polisacárida [PCV13]	2m, 4m, 6m 12-15m y adultos, > 65 años
Varicela	12-15m (1 dosis), 4-6 años (1 dosis) y adultos de alto riesgo \geq 50 años
Influenza (Gripe)	6 meses y mayores (anual)
Refuerzo contra el Tétanos y la Difteria (td)	\geq 19 años cada 10 años
Rubéola	Susceptible en mujeres de edad fértil
Virus de Papiloma Humano (HPV, por sus siglas en Inglés)	9-18, Hombres y Mujeres (3 dosis)
Vacuna Meningocócica (MCV4, por sus siglas en Inglés)	11-12 años y alto riesgo (MCV4- 2-55 años); volver a vacunarse (MCV4) alto riesgo: 4-10 años
Zostavax	\geq 60 años (1 dosis)

**PRUEBAS E INTERVENCIONES RECOMENDADAS
PARA LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO**

* Recomendaciones de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos
** Pautas del CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
*** Pautas de la AHCA (Asociación Americana de Atención Médica)

POSIBLES INTERVENCIONES	POBLACION
Prueba de Sida (HIV)*	Pediatria, mujeres embarazadas con alto riesgo, comportamiento sexual de alto riesgo o consumo de drogas por vía intravenosa; considerar epidemiología local; pruebas aprobadas de detección normales y rápidas.
Sífilis (RPR/VDRL)*	Comportamiento sexual de alto riesgo, incluyendo las embarazadas considerar epidemiología local
Prueba de Gonorrea*	Comportamiento sexual de alto riesgo; considerar epidemiología local
PPD*	Inmigrantes, contactos con tuberculosis, alcohólicos, considerar epidemiología local
Vacuna contra la Hepatitis B*	Exposición a productos sanguíneos; consumo de drogas por vía intravenosa; comportamiento sexual de alto riesgo; viajeros a países específicos y mujeres embarazadas en la primera visita; criaturas nacidas de una madre con HbsAG al momento de nacer y la serie completa de acuerdo al programa de Hep B; examinar nuevamente para determinar si la criatura tiene HbsAg y anticuerpos de superficie Hep B 6 meses después de completar la serie.
Vacuna contra la Hepatitis A**	Personas que viven o viajan a áreas de alto riesgo; personas institucionalizadas y los trabajadores de estas instituciones. Algunas condiciones médicas crónicas.
Vacuna contra la varicela (MMR) - adultos**	Susceptible al sarampión, paperas, o complicaciones
Prueba de la Diabetes*	Personas con presión arterial elevada o con colesterol alto
Prueba de Incompatibilidad Rh (D)*	Todas las mujeres embarazadas durante la primera visita y en las semanas 24 – 28 para chequear intolerancia de Rh (D) negativa en mujeres, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.

El Proveedor de Cuidados Básicos del participante tiene un papel clave en la iniciación de la primera identificación de los riesgos para la salud y en la recomendación de intervenciones y tratamientos.

Proveedores del Plan

Proveedores que usted puede utilizar para obtener servicios cubiertos por nuestro Plan

Mientras que usted sea participante de nuestro Plan, deberá de utilizar a los proveedores de nuestro Plan para obtener sus servicios cubiertos, excepto en caso de emergencia.

- **¿Quiénes son los “Proveedores del Plan?”** “Proveedor” es la palabra que usamos para referirnos a los doctores, a otros profesionales de atención médica, a hospitales y a otros centros de atención médica que están licenciados o certificados por el Estado para proporcionar servicios de atención médica.

Los llamamos “Proveedores del Plan” cuando ellos participan en nuestro Plan; lo cual quiere decir que hemos coordinado con ellos para que les proporcionen servicios cubiertos a los participantes de nuestro Plan.

¿Qué quiere decir “servicios cubiertos?”

“Servicio cubierto” es el término que usamos para referirnos a todos los cuidados médicos, a los servicios de atención médica, a los suministros, y al equipo que están cubiertos por nuestro Plan. A continuación indicamos los servicios que están cubiertos:

- Servicios para Controlar la Salud de los Niños;
- Inmunizaciones;
- Servicios de Salud para el Comportamiento de la Comunidad;
- Servicios de Diálisis en Centros Independientes;
- Suministros y Educación sobre la Diabetes;
- Equipo Médico Duradero y Suministros Médicos;
- Servicios de Planificación Familiar;
- Servicios de Audición;
- Servicios de Salud a Domicilio;
- Servicios Hospitalarios (pacientes internados, pacientes externos y servicios de emergencia);
- Servicios de Laboratorio, incluyendo servicios independientes de laboratorio;
- Servicios de Salud Mental dirigidos a la Administración de Casos;
- Servicios de Medicamentos por Receta;
- Servicios de Doctores (descritos a continuación);
- Servicios de Terapia;
- Servicios para la Visión;
- Servicios de Radiografías;
- Trasplantes;
- Servicios Dentales;
- Servicios de Traducciones.

Los servicios de los doctores incluyen aquellos servicios proporcionados por un médico licenciado, un siquiatra, un(a) practicante registrado(a) de enfermería avanzada, asistente médico, podiatra, quiropráctico, un centro de cirugía ambulatoria, una clínica rural de salud, un centro de salud calificado por el estado federal, un centro de maternidad, y una clínica del departamento de salud para el condado.

Si debido a discrepancias morales o religiosas, el proveedor no cubre ciertos servicios, sírvase llamar al Departamento de Servicios al Miembro para recibir ayuda sobre cómo y dónde obtener estos servicios. Para una descripción detallada de los servicios mencionados con anterioridad que están cubiertos, sírvase revisar las páginas 35-36 de esta guía.

Para mayor información sobre los beneficios que ofrece el estado Medicaid que no cubre EZ CARE sírvase visitar <http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/flMedicaid.shtml> o llame a su local Medicaid office.

Atención Especializada y Autorización de Servicios

¿Qué debe de hacer para obtener atención médica por parte de doctores, especialistas y hospitales?

Si su PCP piensa que usted necesita un tratamiento especializado, él / ella le dará una referencia (con aprobación previa) para que visite a un especialista del plan o a cualquier otro proveedor. Un especialista es un doctor que proporciona servicios de atención médica concernientes a una enfermedad o parte específica del cuerpo. Los especialistas incluyen, pero no están limitados, a algunos de los siguientes doctores:

- oncólogos (tratan a pacientes con cáncer)
- cardiólogos (tratan a pacientes con problemas del corazón),
- ortopedistas (tratan a pacientes con ciertas condiciones en los huesos, las coyunturas, o los músculos.)

Es muy importante obtener una referencia (aprobación previa) de su PCP antes de ver al especialista del plan o a cualquier otro proveedor (a continuación indicamos algunas de las excepciones que existen.) Si usted no obtiene una referencia (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que usted sea responsable por el pago de estos servicios.

Cuando se trata de cierto tipo de referencias, como por ejemplo referencias para hospitales o centros para pacientes externos, es posible que su PCP necesite obtener aprobación previa por parte de nuestro Plan (a esto se le llama, obtener “autorización previa”).

Si el especialista le pide que regrese para continuar atendiéndolo(a), antes de hacerlo asegúrese que la referencia (aprobación previa) que obtuvo a través de su PCP para la primera visita, cubre visitas adicionales para ver al especialista.

Si usted necesita a un proveedor especializado que no forma parte de la red del plan y EZ CARE no cuenta con un proveedor en la red con esa especialidad, usted puede recibir servicios si el proveedor que usted desea visitar obtiene aprobación previa del Plan. Sírvase llamar al número de teléfono del Departamento de Servicios al Miembro que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación, o refiérase a la sección de Información sobre Contactos Importantes que se encuentra en esta guía.

Todos los servicios deben de ser previamente autorizados por su PCP o por el Plan, excepto por los siguientes:

- Servicios de emergencia;
- Servicios de planificación familiar, independientemente de sí el proveedor es parte del plan o no lo es;

- Diagnostico y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente y otras enfermedades transmisibles, como por ejemplo la tuberculosis y la inmunodeficiencia humana, suministrado por los departamentos de salud del condado;
- Una visita al año para Servicios de Obstetricia y Ginecología (OB/GYN) y el seguimiento que sea médicamente necesario por la condición que sea manifestada durante la visita (para estos servicios se debe de utilizar a un proveedor del plan);
- Servicios quiroprácticos, servicios de podología y algunos servicios de dermatología (para estos servicios se debe de utilizar a un proveedor del plan); e
- Inmunizaciones proporcionadas por los departamentos de salud del condado.

Segunda Opinión Médica

Si usted desea obtener una segunda opinión sobre el cuidado de su salud, sírvase llamar a su PCP y solicitarla. Usted puede seleccionar a un doctor de EZ CARE o a un doctor que se encuentra en su área de servicio pero que no es un doctor de EZ CARE. Las pruebas que se ordenan para obtener una segunda opinión médica deben de hacerse a través de un proveedor de EZ CARE.

Su PCP revisará la segunda opinión médica y tomará una decisión sobre el plan de tratamiento que sea más conveniente para usted. Si usted elige a un doctor de EZ CARE, el costo de la segunda opinión médica será pagado por MHPFL. Si usted elige a un doctor que no forma parte de EZ CARE, es posible que usted tenga que pagar parte de la factura de la segunda opinión médica.

Atención de Emergencia

Cómo obtener atención médica si tiene una emergencia o necesita atención de urgencia

¿Qué es una “emergencia médica?”

“Emergencia médica” es cuando usted está seguro(a) de que su salud se encuentra en serio peligro – cuando cada segundo cuenta. Las emergencias médicas incluyen dolores intensos, una lesión grave, una enfermedad seria, o una condición médica que está empeorando rápidamente.

¿Qué debe de hacer si tiene una emergencia médica fuera del área de servicio de EZ CARE?

Si tiene una emergencia médica:

- Obtenga ayuda médica lo antes posible. Llame al 911 para obtener ayuda o para ir a la sala de emergencias, al hospital, o al centro de urgencias más cercano. Usted no necesita obtener aprobación previa ni tampoco una referencia de su PCP, ni de ningún otro proveedor del plan.
- Asegúrese de participarnos su emergencia, debido a que necesitaremos intervenir en el seguimiento de su emergencia. Ya sea usted, u otra persona, deberá de contactarnos lo antes posible, por lo general dentro de un período de 48 horas, e informarnos sobre su emergencia. Sírvase llamar al número de teléfono del Departamento de Servicios al Miembro que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación, o refiérase a la sección de Información sobre Contactos Importantes que se encuentra en esta guía.

Nosotros lo(a) ayudaremos a coordinar y hacer seguimiento de su emergencia.

Hablaremos con los doctores que están atendiendo su emergencia para ayudar a coordinar y hacer seguimiento de su caso. Una vez que los doctores que lo están tratando con su caso de emergencia indiquen que su condición ya es estable y que ya no se encuentra en estado de emergencia, lo que sigue a continuación se llama “cuidados post-reanimación” (los cuales no necesitan autorización previa.) Sus cuidados de seguimiento (cuidados post-reanimación) estarán cubiertos por EZ CARE. Por lo general, trataremos de coordinar los arreglos necesarios para que los proveedores del plan se hagan cargo de sus cuidados tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Los servicios de **ambulancia** están cubiertos en situaciones en las que otras formas de transporte en los Estados Unidos podrían perjudicar su salud.

¿Qué sucede si su caso no se trató de una emergencia médica?

A veces es difícil determinar si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que usted busque una atención de emergencia – pensando que su salud se encuentra en grave peligro – y el doctor le indica que, después de todo, su problema médico no se trataba de una emergencia. Si este fuera el caso, usted estará cubierto(a) por los cuidados que recibió para determinar su problema, (siempre y cuando usted haya pensado que su salud se encontraba en grave peligro, como se explica anteriormente en “Qué es una “emergencia médica”.) Sin embargo, sírvase tomar en cuenta que:

- Si usted recibe cuidados adicionales después de que su doctor le haya indicado que su condición médica no se trataba de una emergencia, el Plan pagará su porción de la atención médica adicional que esté cubierta, **únicamente si la obtiene a través de un proveedor del plan.**
- Si usted recibe cuidados adicionales a través de un proveedor que no forma parte del plan, después de que su doctor le indicó que su condición médica no se trataba de una emergencia, por lo general el Plan no cubrirá los cuidados adicionales. Nosotros pagaremos nuestra porción de la atención médica adicional que esté cubierta y que usted haya recibido por parte de un proveedor que no forma parte del plan, si usted se encuentra fuera del área de servicio, siempre y cuando los cuidados adicionales que usted obtenga cumplan con la definición de “atención urgentemente necesaria”, tal como se define a continuación.

Atención de Urgencia

¿A qué se le llama “atención urgentemente necesaria?” (Esto es diferente a una emergencia médica)

“Atención urgentemente necesaria” se refiere a una situación que no sea de emergencia cuando usted se encuentra dentro de los Estados Unidos, temporalmente fuera del área de servicio autorizado por el Plan, necesita atención médica de inmediato debido a una enfermedad imprevista, a una lesión o condición, y dada la situación en la que usted se encuentra, no es razonable que obtenga atención médica a través de un proveedor que participa de la red del Plan. **Nota:** Bajo circunstancias inusitadas y extraordinarias, la atención puede ser considerada como urgentemente necesaria cuando el participante se encuentra en el área de servicio, pero el proveedor de la red del Plan no se encuentra temporalmente disponible o accesible.

¿Cuál es la diferencia entre “emergencia médica” y “atención urgentemente necesaria?”

Las dos diferencias más significativas entre atención urgentemente necesaria y emergencia médica atañen a la gravedad de su salud y al lugar donde usted se encuentra. La “emergencia médica” ocurre cuando usted piensa que su salud se encuentra en grave peligro, independientemente del lugar donde usted se encuentra, ya sea dentro o fuera del área de servicio. “Atención urgentemente necesaria” es cuando usted necesita ayuda médica debido a una enfermedad imprevista, o a una lesión o condición, pero su salud no se encuentra en serio peligro y por lo general usted se encuentra fuera del área de servicio.

Cómo obtener atención urgentemente necesaria

Si es que usted, mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del Plan, requiere atención urgentemente necesaria, puede obtenerla a través de cualquier proveedor. El plan tiene la obligación de cubrir toda la atención urgentemente necesaria al mismo nivel de costos compartidos que se aplica a los cuidados recibidos dentro de la red del Plan.

Cómo obtener atención médica fuera del horario de atención

Si usted llegara a enfermarse fuera del horario de atención de su doctor y su situación NO se trata de una emergencia, llame a su doctor. El número de teléfono de su PCP se encuentra impreso en su tarjeta de identificación. **No vaya antes a un hospital.** EZ CARE proporcionará el cuidado necesario dentro de un período de 24 horas si su atención es urgentemente necesaria.

Servicios de Traducción

Si usted es un participante que no habla Inglés y necesita servicios de traducción verbal, sírvase llamar al número de teléfono del Departamento de Servicios al Miembro que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación, o refiérase a la sección de Información sobre Contactos Importantes que se encuentra en esta guía. Estos servicios son gratis.

Recetas Médicas

Las recetas médicas deben de ser prescritas o aprobadas por un doctor de *EZ CARE*. Estas recetas deben de recogerse en una de las farmacias que forman parte de la red de MHPFL. La lista de las farmacias a las que usted puede ir se encuentra en la guía de proveedores de MHPFL.

Servicios Dentales

DentaQuest of Florida Inc. le proporciona servicios Dentales. Sírvase llamar a DentaQuest para elegir a un dentista que se encargue de sus cuidados. El teléfono gratuito es 1-800-964-7811. Uno de los representantes de Servicio al Cliente de DentaQuest lo(a) ayudará a seleccionar a un doctor y a contestar cualquier pregunta que usted pueda tener en referencia a sus beneficios. En la guía de proveedores de MHPFL encontrará la lista de proveedores dentales.

Servicios para la Visión

Advantica EyeCare proporcionará sus servicios para la Visión. La lista de los proveedores que puede visitar se encuentra en la guía de proveedores de MHPFL. Puede llamar al teléfono gratuito de EZ CARE al 1-877-690-7783 y uno de los representantes de Servicio al Miembro lo(a) ayudará con cualquier pregunta que usted pueda tener en referencia a sus beneficios.

Los beneficios de la visión cubiertos son:

- Examen de la Vista
- Gafas

Salud Mental (del Comportamiento) o Abuso de Sustancias

Sírvase contactar al número de teléfono del departamento de Servicios al Miembro de *CompCare* que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación para averiguar si cualquiera de los Servicios Cubiertos de Salud se aplican a usted. El proveedor de Salud del Comportamiento estará dispuesto a contestar cualquier pregunta que usted tenga. Ellos ofrecen acceso a profesionales entrenados en el cuidado de la salud. Para obtener una lista de los Proveedores de *CompCare*, refiérase a la guía de proveedores de MHPFL.

Sírvase llamarlos para lo siguiente:

Si tiene algunos de los siguientes síntomas o problemas:

- Tristeza crónica
- Sentimiento de desesperanza y/o desesperación
- Sentimientos de culpa
- Insignificancia
- Dificultad para dormir
- Falta de apetito
- Pérdida de peso
- Pérdida de interés
- Falta de concentración
- Siempre enfadado(a) o de mal humor
- Dolores constantes como por ejemplo, dolores de cabeza, de estómago, o en la espalda

Se le pedirá información sobre su tarjeta de identificación; sírvase tenerla a la mano. Ellos le darán información sobre sus servicios cubiertos. Usted podrá visitar a un profesional de Salud Mental que proporcione cuidados a nuestros participantes del Plan. No puede visitar a un profesional del cuidado de la Salud Mental que se encuentre fuera de la red sin previa notificación de su Proveedor de *CompCare*. Si visita a un profesional de la Salud Mental que se encuentra fuera de la red o fuera del área de servicio para cuidados que no sean de emergencia, sin antes obtener notificación del Proveedor de *CompCare*, es posible que usted sea responsable por el pago de la cuenta. A veces es mejor ver al mismo profesional para el cuidado de la Salud Mental que llegará a conocerlo(a) a usted y a los miembros de su familia y la situación específica. Pero si desea cambiar a su profesional de Salud Mental, sírvase llamar al departamento de Servicios al Miembro de *CompCare* al número de teléfono indicado en el dorso de su tarjeta de identificación. Se le asignará un proveedor de Salud Mental si hubiera uno disponible. Si usted, o uno de los miembros de su familia, tiene una emergencia, vaya al hospital más cercano.

Servicios de Salud Mental del Comportamiento Cubiertos, Limitaciones y Excepciones:

Estos servicios incluyen el tratamiento de trastornos psiquiátricos y emocionales. *CompCare* asignará miembros y autorizará proveedores para el cuidado de la salud del comportamiento sobre la base de lo siguiente, incluyendo la selección del participante, cuando sea posible, experiencia del proveedor y cercanía al participante, y el nivel de servicios que el participante puede recibir en el momento de la presentación clínica. Nosotros nos mantendremos al día en el tratamiento del participante durante el proceso de revisión. En caso

de emergencia, sírvase contactar al personal clínico al teléfono 877-224-0971, para proporcionarle los servicios que necesita.

Los servicios de Salud del Comportamiento se proporcionan en un hospital o en una clínica para pacientes externos o en un consultorio. Todos los servicios deben de ser suministrados por profesionales de salud mental licenciados, y por enfermeras entrenadas especialmente para proporcionarle servicios para el cuidado de la salud del comportamiento.

Los servicios incluidos incluyen:

La siguiente es una lista de servicios cubiertos:

- Servicios para Pacientes Ingresados (Diagnóstico de Salud Mental)
 - Alojamiento y comida
 - Cuidados de Enfermería
 - Suministros Médicos
 - Todos los servicios de diagnóstico y terapéuticos
- Servicios Hospitalarios para Pacientes Externos (Diagnóstico de Salud Mental)
- Servicios Médicos (Diagnóstico de Salud Mental)
 - Servicios de la Comunidad para la Salud Mental que incluyen el Plan de Tratamiento, de Desarrollo y de Modificación
 - Servicios de Evaluación
 - Servicios Médicos y Psiquiátricos
 - La prescripción de medicamentos psiquiátricos prescritos a un “niño”, no puede ser llenado sin el consentimiento o autorización de los padres o tutor legal del niño. (Se entiende por "niño" a una persona desde el nacimiento hasta cumplir los 13 años de edad). El formulario deberá ir acompañado con la prescripción al ser llevados a la farmacia para su llenado.
 - Servicios de Terapia de la Salud
 - Servicios de la Comunidad para la Ayuda y la Rehabilitación
 - Servicios Terapéuticos para Niños y Adolescentes en el Consultorio (TBOS, por sus siglas en Inglés)
 - Servicios para Niños entre los 0 y los 5 Años de Edad (Servicios de Salud para el Día y TBOS)
 - Servicios de Salud e Intervención en Crisis y Servicios Posteriores a los Cuidados
 - Servicios de Abuso por Referencia (disponibles solamente para servicios de tarifas fijas)

Excepto por los servicios de emergencia, todos los servicios necesitan autorización previa sobre la base de los servicios médicos que usted necesita.

El participante tiene la opción de elegir, en cualquier momento, a un proveedor diferente de salud del comportamiento o a un administrador del caso dentro de la conocida red de proveedores.

Servicios no cubiertos:

Los servicios que no están cubiertos son:

1. Adopción Temporal Terapéutica Especializada
2. Servicios de Atención Terapéutica en Grupo
3. Servicios de Salud del Comportamiento Excesivo

4. Servicios de la Comunidad para el Abuso de Substancias
5. Cuidados Residenciales
6. Programa Psiquiátrico de Casos Sub-Agudos para Pacientes Ingresados (SIPP, por sus siglas en Inglés)
7. Servicios en Clubes
8. Evaluación Completa del Comportamiento, y
9. Servicio de Tratamiento Positivo en la Comunidad de Florida (FACT, por sus siglas en Inglés)

Tampoco están cubiertos los servicios de cuidados a largo plazo en un hogar de ancianos, los servicios para personas con incapacidades, la adopción temporal terapéutica especializada, los servicios de tratamiento residencial para niños, o los servicios estatales hospitalarios.

Para los participantes que requieran de esos servicios, CompCare consultará con la Oficina de Medicaid y/o con las oficinas del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en Inglés) para identificar las formas correctas de obtener referencias. CompCare es responsable por cambiar y referirle a los proveedores de servicio apropiados. Los participantes que están recibiendo esos servicios serán dados de alta del plan. CompCare notificará y le enviará al Plan Médico la información sobre los procesos para cancelar la subscripción de un participante. Si CompCare determina que la necesidad de servicios médicos no está cubierta bajo el contrato, CompCare transferirá al participante donde el proveedor de servicios apropiado. Es posible que CompCare solicite ayuda de las Oficinas de Medicaid o del Departamento de Niños y Familias [DCF] para hacer la transferencia al lugar de servicio apropiado.

Servicios de Emergencia:

Usted está cubierto para recibir servicios de atención de salud mental en casos de emergencia. Deberá de ir a la sala de emergencias más cercana o llamar al 911. A continuación podrá ver algunos ejemplos de condiciones de salud mental en casos de emergencia:

- Posible peligro a sí mismo(a) o a otros
- Daño que puede causar muerte o graves lesiones en el cuerpo
- Tantos males que la persona no puede hacerle frente a la vida diaria

Si necesita información sobre cómo obtener servicios, sírvase contactar al Personal Clínico al 877-224-0971. Proporcionamos servicios 24 horas al día y 7 días a la semana.

Derechos y Responsabilidades del Participante

Como participante de MHPFL EZCARE, a usted le corresponden ciertos derechos:

Información:

- Conocer el nombre de todos los doctores y otros profesionales de atención médica que se encargarán de su tratamiento médico.
- Que se le dé información sobre su plan de salud, servicios, y el uso.
- Obtener información sobre los copagos y las primas que le corresponde pagar.
- Obtener información sobre los doctores, hospitales, y otros proveedores que forman parte del plan.
- Que se le informe cómo presentar una queja o apelación ante el plan.

- Obtener información por parte de su doctor sobre sus medicinas, incluyendo cuales son estas, cómo tomarlas, y los efectos secundarios.
- Que su doctor u otro profesional de atención médica le dé información sobre cualquier tratamiento que usted pueda recibir y pedirle a su doctor que requiera su aprobación para recibir todo el tratamiento, a menos que exista una emergencia y su vida y su salud se encuentren en grave peligro. Si la aprobación por escrito es necesaria para los procedimientos, como por ejemplo para una cirugía, cerciórese de comprender los riesgos y el motivo por el cual el procedimiento o el tratamiento es necesario.
- Tener conocimiento sobre cómo continuar su atención médica luego de salir del hospital.
- Obtener una explicación sobre los servicios que no están cubiertos.
- Obtener una respuesta rápida cuando le haga preguntas al plan o necesite información.
- Obtener una copia a través del plan, de la Declaración de los Derechos y Responsabilidades del Participante.

A petición, lo siguiente le será disponible:

- Explicación completa sobre la forma en que la Autorización y la Referencia funcionan en el plan.
- Explicación completa sobre el sistema que se usa para decidir si los servicios médicos son “medicamente necesarios”
- Explicación del programa de MHPFL sobre Aseguramiento de la Calidad e Indicador de Rendimiento.
- Normas y Procedimientos de MHPFL sobre los beneficios referentes a medicamentos, incluyendo la divulgación, a petición, de sí MHPFL usa un formulario y si un medicamento específico está cubierto por MHPFL.
- Normas y Procedimientos relacionados con la privacidad y la divulgación de los registros de los participantes.
- Normas y Procedimientos referentes a las necesidades de pacientes que no hablan Inglés.
- Explicación completa sobre el proceso que se usa para contratar a nuestros doctores que se encuentran bajo contrato o están empleados por MHPFL, y cualquier plan de incentivo para los doctores.
- Información sobre la operación y la estructura del plan de salud.
- Toda la información sobre el Rendimiento y la información Financiera que está impresa por la Agencia de la Florida para la Administración de la Atención Medica (AHCA, por sus siglas en Inglés) se encuentra disponible a través de la computadora, en la página web de Medica Health Plans of Florida, Inc. en: www.EZCAREMHPFL.com

Puede hacer la petición por escrito o llamando por teléfono a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Acceso a la Atención:

- Obtenga atención a través del doctor (PCP, por sus siglas en Inglés) del plan que usted seleccione.
- Cambie a su doctor (PCP) por otro doctor (PCP) que esté trabajando con el plan.
- Obtenga los cuidados necesarios de especialistas, hospitales y otros doctores del plan.
- Que su doctor le indique cómo pedir citas y obtener tratamiento durante y después de las horas de oficina.
- Que le indiquen cómo ponerse en contacto con su doctor (PCP) o con el doctor sustituto las 24 horas del día, todos los días.
- Si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911 (solo en casos de emergencia) o vaya

- al centro más cercano de emergencias o de atención inmediata.
- Obtenga atención de urgencia por cuidados médicamente necesarios.

Libertad para Tomar Decisiones:

- Aplique estos derechos en referencia al sexo, edad, raza, y antecedentes culturales, económicos, educacionales o religiosos.
- Tenga a una persona con derechos legales para tomar decisiones sobre su cuidado médico para que ejecute estos derechos a nombre suyo.
- Rechace tratamiento siempre que usted elija aceptar responsabilidad y el costo de esta elección.
- Complete las Instrucciones Anticipadas, un Testamento en Vida, u otras instrucciones, y entréguelos a sus doctores de atención médica.
- Sepa que ni usted ni su doctor pueden ser castigados por presentar una queja o una apelación.

Derechos Personales:

- Ser tratado(a) con respeto, de tal forma que se tome en consideración su necesidad de privacidad y respeto a sí mismo.
- Ayudar a su doctor a tomar decisiones sobre su atención médica.

Como participante de EZCARE usted tiene la Responsabilidad de:

Ejercer sus Derechos:

- Seleccione a un doctor (PCP) del plan y establezca una relación de paciente a doctor.
- Ayude a su doctor a tomar decisiones sobre su atención médica.

Siga las Instrucciones:

- Lea y comprenda su plan y los beneficios. Tenga conocimiento sobre los copagos y los servicios que están cubiertos y los que no lo están.
- Siga las órdenes y los consejos que acordó seguir con su doctor.
- Vea a los especialistas a los que su doctor (PCP) lo(a) envía.
- Asegúrese de obtener la aprobación apropiada para los servicios, incluyendo hospitalización y tratamiento fuera de la red.
- Antes de ver a su doctor, muestre su tarjeta de identificación en el consultorio del doctor.
- Pague los copagos requeridos por su plan.
- Si usted piensa que necesita presentar una queja, siga rápidamente los procedimientos que tiene el plan sobre cómo hacerlo.
- Trate con respeto a los doctores, al personal de estos, y al personal del plan.
- No se involucre en acciones falsas ni con el plan ni con ningún doctor.

Comuníquese:

- Sea responsable por conocer y seguir la información del doctor sobre sus cuidados y si no comprende algo o necesita detalles, haga preguntas.
- Cuando tenga problemas o síntomas repentinos, hable con su doctor de inmediato.
- Pídale a su doctor referencias por cuidados cubiertos que no sean de emergencia, para ver a

especialistas o ir a un hospital.

- Comprenda que los doctores del plan y otros profesionales de atención médica que se encargan de sus cuidados no son empleados de MHPFL y por lo tanto MHPFL no los controla.
- Si no comprende cómo usar sus beneficios, llame al departamento de Servicios al Miembro.
- Déle la información correcta y completa a los doctores y a otros profesionales de atención médica que se encargan de sus cuidados.
- Infórmele a MHPFL sobre otro plan médico que usted o los miembros de su familia tengan.

Dependiendo de alguna ley estatal relacionada con su plan, es posible que usted tenga derechos y responsabilidades adicionales.

Apelaciones y Quejas Formales de los Participantes, y Defensa de Medicaid

Definiciones:

Queja Formal: Cuando usted no se siente satisfecho(a) con un servicio que está recibiendo. Por ejemplo, si un doctor se comportó de manera descortés con usted.

Apelación: Cuando un servicio que usted solicitó fue negado, limitado, o no se realizó a tiempo. Con la apelación, usted está solicitando que el servicio o la autorización sean revisados.

Apelación Acelerada: Si el horario de la apelación normal pudiese ser perjudicial para su salud, ya sea usted o su PCP puede solicitar una Apelación Acelerada para que el proceso sea más rápido. En este caso, se tomará y se le dará, ya sea a usted o a su PCP, una decisión dentro de las 72 horas.

Usted tiene el derecho de presentarle a MHPFL una queja formal o una apelación.

Proceso de Queja Formal

Si usted tiene una queja o no se siente satisfecho(a) con alguno de los servicios recibidos por MHPFL o con la forma en que un doctor o un representante de MHPFL lo(a) ha tratado, puede presentar una queja, ya sea por escrito o verbalmente, a través del Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL las 24 horas al día y 7 días a la semana. Si lo hace por escrito, la carta debe de incluir la siguiente información: Nombre del participante, número de la tarjeta de identificación del participante, información sobre el contacto del participante (número de teléfono y dirección), y el motivo por el que la queja se está presentando.

Por favor mande su carta de Queja Formal firmada y con fecha a:

Grievance Coordinator-EZ CARE
Medica Health Plans of Florida, Inc
4000 Ponce De Leon Blvd., Suite 750
Coral Gables, FL 33146

Las horas de operación del Departamento de Queja Formal y Apelaciones son de 8:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes. Para hablar con un Coordinador de Quejas Formales llame al Departamento de Servicios al Miembro al (877) 690-7783.

El número de teléfono del Departamento de Servicios al Miembro se encuentra en el dorso de la Tarjeta de Identificación del Participante, en la Guía del Participante, y en la Guía de Proveedores. Un representante de

MHPFL lo(a) ayudará a registrar la conversación para que de esa forma podamos empezar a procesar y hacer el seguimiento de la queja.

El Participante puede presentar una queja en cualquier momento dentro del año a partir de la fecha en que ocurrió el evento. MHPFL acusará recibo de la queja del Participante y se encargará de procesarla dentro del horario establecido por el Estado, que será de un máximo de 90 días civiles a partir de la fecha en que recibimos la primera queja, ya sea verbalmente o por escrito.

MHPFL podría extender el horario fijado para la decisión de la queja hasta por un máximo de 14 días civiles en caso de que el Participante pida una extensión o solicite los documentos de MHPFL, o si hay necesidad de obtener información adicional, en cuyo caso la demora sería beneficiosa para el Participante.

MHPFL debe de informarle al Participante, por escrito y dentro de un período de 90 días civiles (en caso de que no se haya solicitado la extensión de los 14 días), el resultado de la queja. La notificación de disposición deberá de incluir los resultados y la fecha en que se tomó la decisión de la queja, y si la decisión no es a favor del Participante, la notificación de disposición deberá de incluir, si fuera válido, el derecho del paciente de pedir una Defensa por parte de Medicaid.

También tiene el derecho de solicitar una Defensa por parte de Medicaid en cualquier momento durante el proceso de la queja formal, y puede tener hacerlo al mismo tiempo de su queja formal o del proceso de apelación. Si usted decide solicitar una Defensa por parte de Medicaid y desea continuar recibiendo los beneficios cubiertos por MHPFL hasta que se tome una decisión sobre la queja, usted debe de presentar una petición dentro de los 10 días a partir de la fecha en que MHPFL envió la carta con la decisión, o si la petición a MHPFL se hace a través del correo postal, dentro de los 15 días. Sin embargo, si la Defensa de Medicaid decide que la decisión tomada por MHPFL fue la correcta, es posible que usted tenga que pagar el costo por la continuación del beneficio. Ya sea usted, o su doctor, puede solicitar una Defensa por parte de Medicaid dentro de los 90 días a partir de la fecha en que MHPFL envió la carta. Para presentar una queja con la Defensa de Medicaid, sírvase escribir a:

**Departamento para el Servicio de Niños y Familias (DCF)
Oficina para la Asistencia Pública de Apelaciones
1317 Winewood Boulevard, Building 5, Room 203
Tallahassee, Florida 32399-0700**

Si usted opta por no solicitar la Defensa por parte de Medicaid como se ha mencionado con anterioridad, pero no se siente satisfecho(a) con la decisión de MHPFL en relación con la queja, y el proceso de MHPFL referente a la Queja Formal ya se llevó a cabo, el Participante tiene el derecho de apelar en AHCA, con el Programa de Ayuda para el Subscriptor (SAP, por sus siglas en Inglés.) El SAP no tomará en consideración una queja que haya sido presentada ante la Defensa de Medicaid. Usted debe de solicitar que el SAP haga una revisión dentro de un período de un año luego de haber recibido la carta con la decisión final de MHPFL que se le envió al Participante. Para presentar una queja con el SAP, el Participante debe de escribir ha:

**Agencia para la Administración de la Atención Médica
Programa de Ayuda para el Subscriptor (SAP)
Building 1, MS #26
2727 Mahan Drive
Tallahassee, Florida 32308**

La carta debe de incluir la siguiente información: Nombre del Plan (Medica Health Plans of Florida, Inc.) nombre del participante, número de la tarjeta de identificación del participante, información sobre el contacto del participante, y el motivo por el que la queja se está presentando.

Los números de teléfono para contactar al SAP son: (850) 412-4502 o (888) 419-3456 (gratuito.)

Proceso de Apelaciones

Ya sea a usted o a su doctor se le notificará sobre su derecho de apelar si no está contento con la decisión final tomada por MHPFL. Usted o su doctor, con la autorización escrita del Participante, tendrá 30 días a partir de la fecha en que se tomó la decisión, para presentar una apelación. MHPFL acusará recibo de la apelación. MHPFL resolverá la apelación en 45 días (si no se solicitó la extensión de los 14 días civiles.) MHPFL le notificará dentro de los 5 días laborales si necesita tiempo adicional para resolver la apelación y le enviará una notificación escrita explicando la razón de la demora.

Ya sea usted o su doctor puede apelar verbalmente o por escrito, pero cuando la apelación se hace verbalmente, usted necesita enviar una apelación por escrito y firmada dentro de los 30 días civiles a partir de la fecha en que MHPFL recibió la solicitud verbal de la apelación inicial.

MHPFL le dará a usted o a su doctor una notificación con la decisión de la apelación dentro de los 2 días laborales luego de la fecha en que se tomó la decisión. En caso de que la decisión sea a su favor, es necesario que MHPFL le proporcione servicios tan pronto como su condición médica lo requiera. Cuando la decisión tomada no es a su favor, la notificación incluirá:

Información sobre cómo solicitar una Defensa por parte de Medicaid, así como la dirección del DCF (Departamento de Niños y Familias.)

Su derecho de continuar recibiendo beneficios durante la Defensa de Medicaid, información sobre cómo solicitar que sus beneficios continúen, y una notificación indicándole que si la decisión de MHPFL es la misma que la decisión de la Defensa de Medicaid, es posible que usted sea responsable por el costo de la continuación de los beneficios.

MHPFL le entregará al DCF, en caso de requerirla, una copia de la notificación escrita con la perspectiva; y se asegurará que no se tome una acción disciplinaria en contra de ningún doctor que presente una apelación en nombre de un Participante, o que apoye la apelación del Participante.

Si MHPFL continúa o restablece sus beneficios durante la apelación, MHPFL deberá de continuar proporcionando beneficios hasta que algunos de los siguientes puntos ocurran:

- (a). Si el Participante revoca la apelación;
- (b). Si transcurren 10 días laborales a partir de la fecha en que MHPFL tomó la decisión sobre la apelación en caso de que esta decisión no sea favorable para el Participante, y si el Participante no ha solicitado la Defensa a través de Medicaid con la continuación de beneficios, hasta que la decisión de la Defensa de Medicaid sea alcanzada.
- (c). Si la decisión del panel de Defensa de Medicaid no es favorable para el Participante; o

- (d). Si la autorización de proporcionar servicios venciera, o si el Participante cumple con los límites de servicio autorizados.

Si la decisión final de la apelación no le es favorable, es posible que MHPFL recupere los costos de los servicios que le proporcionó durante el período de apelación.

Si MHPFL no le proporcionó servicios durante el período de apelación y el panel de apelación cancela la decisión de MHPFL de rechazar, limitar, o demorar los servicios, MHPFL deberá de autorizar o proporcionar los beneficios que están en disputa, tan pronto como la condición médica del Participante lo requiera.

Si los servicios fueron proporcionados durante el período de apelación y el panel de apelación cancela la decisión de MHPFL de rechazar, limitar, o demorar los servicios, MHPFL deberá de aprobar el pago de los beneficios que están en disputa.

Apelación Apresurada

En caso de que MHPFL tome una decisión que no es del agrado del Participante, este tiene el derecho de presentar una apelación. Si el Participante opina que el tiempo que demora el proceso de la apelación normal podría ser peligroso para su vida o su salud, o podría ocasionarle perjuicios, el Participante o su Doctor puede solicitar una revisión apresurada y obtener una respuesta en un período de 72 horas, siempre y cuando la apelación apresurada sea aprobada.

Si tiene preguntas sobre sus derechos en referencia a las Quejas Formales y las Apelaciones, sírvase llamar al número de teléfono del Departamento de Servicios al Miembro de MHPFL, el cual se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación o en la sección sobre Información de Contactos Importantes que se encuentra en esta guía.

Instrucciones Anticipadas

Derecho del Paciente de Tomar Decisiones

Todas las personas adultas que se encuentran en centros de atención médica, como por ejemplo los hospitales, hogares para ancianos, hospicios, y agencias de cuidados a domicilio que pertenecen al Plan, tienen ciertos derechos bajo las leyes de la Florida.

Usted tiene el derecho de presentar una “Instrucción Anticipada.” Este documento le informa, de antemano, qué tipo de tratamiento es el que usted desea o no desea en caso de encontrarse bajo condiciones médicas especiales o serias; condiciones que lo previenen de indicarle a su doctor la forma en que le gustaría ser tratado(a). ¿Por ejemplo, en caso de que usted tuviera que ser llevado(a) a un centro de atención médica en estado de coma, cuales son los deseos específicos en lo que refiere a decisiones que afectarán su tratamiento le gustaría que el personal del centro conociera? La Instrucción Anticipada le hará saber a los doctores cual es el tratamiento para su atención médica que usted desea.

¿QUE ES UNA INSTRUCCIÓN ANTICIPADA?

La Instrucción Anticipada es una Declaración escrita o verbal, la cual se hace y se atestigua antes de sufrir una enfermedad o una lesión seria. Estas instrucciones le informan a otras personas cómo es que usted desea que se tomen las decisiones de atención médica cuando usted no se encuentra capacitado(a) a tomarlas por sí mismo(a). Existen dos tipos de formas de Instrucciones Anticipadas:

1. El “Testamento en Vida”
2. La “Designación de Sustituto de Atención Médica”

La Instrucción Anticipada le permite hacer conocer sus opciones sobre atención médica, o a nombrar a alguna persona para que elija estas opciones por usted, en caso de que llegara el momento en que usted no se encuentra capacitado(a) para tomar decisiones por sí mismo(a) sobre su tratamiento de atención médica. La Instrucción Anticipada le puede permitir tomar decisiones sobre un tratamiento en el futuro de su atención médica.

¿QUE ES UN TESTAMENTO EN VIDA?

Por lo general, el Testamento en Vida tiene el propósito de hacer conocer el tipo de atención médica que usted desea o no desea que se le dé en caso de no estar capacitado(a) para tomar sus propias decisiones. A esto se le llama “Testamento en Vida” debido a que sucede mientras usted aún vive. Las leyes de la Florida le sugieren que use una forma para su Testamento en Vida. Puede usar esta forma o cualquier otra forma que usted desee. Es posible que desee hablar con un abogado o con un doctor para asegurarse de haber completado el Testamento en Vida de forma que sus deseos sean comprendidos.

¿QUÉ ES UNA DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA?

La forma de Designación de Sustituto de Atención Médica es un papel firmado, fechado, y atestiguado en el cual se nombra a otra persona, como por ejemplo su esposo, esposa, hija, hijo, o un amigo cercano para que sea su representante. En este caso, la persona indicada será la que tomará las decisiones sobre su atención médica a nombre suyo en caso de que usted no esté capacitado(a) a tomarlas por sí mismo(a). Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que le gustaría recibir o del que quisiera mantenerse alejado(a). Las leyes de la Florida le sugieren que use una forma para su Designación de Sustituto de Atención Médica. Puede usar esta forma o cualquier otra forma que usted desee.

Usted puede tener las dos formas – el Testamento en Vida y la Designación de Sustituto de Atención Médica – o también puede combinar ambas formas en un documento que indique su elección de tratamientos en una variedad de situaciones y nombrar a alguien para que tome las decisiones de atención médica a nombre suyo, en caso de que usted no esté capacitado(a) a tomarlas por sí mismo(a).

¿BAJO LAS LEYES DE LA FLORIDA, TENGO QUE ESCRIBIR LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS?

No, usted no tiene un deber legal de completar la Instrucción Anticipada. Sin embargo, si usted no creó la Instrucción Anticipada ni designó a un Sustituto de Atención Médica, las decisiones sobre su atención médica podrían ser hechas por un custodio elegido por un tribunal en el siguiente orden, su esposo(a), un hijo adulto, sus padres, un hermano adulto, o una amistad cercana. A esta persona se le llama “apoderado”.

¿PUEDO CAMBIAR DE PARECER DESPUÉS DE ESCRIBIR UN TESTAMENTO EN VIDA O DE DESIGNAR A UN SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA?

Si, puede cambiar o cancelar estos documentos en cualquier momento. Cualquier cambio que se haga tendrá que ser por escrito, firmado y fechado. También puede cambiar las Instrucciones Anticipadas mediante una Declaración verbal.

¿QUÉ SUCEDE SI COMPLETÉ LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN OTRO ESTADO Y NECESITO TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN CENTRO DE LA FLORIDA?

Una Instrucción Anticipada que se haya completado en otro estado, si está de acuerdo con las leyes estatales del otro estado, puede ser honrado en la Florida.

¿SI DECIDO COMPLETAR LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS, QUÉ DEBO DE HACER CON ESTAS?

Cerciórese de que alguna persona, como por ejemplo su doctor, su abogado, o un familiar del Participante sepa que usted tiene una Instrucción Anticipada y el lugar donde esta se encuentra. Piense en lo siguiente:

1. Si usted ha seleccionado a un sustituto para su atención médica, entréguele a esa persona una copia de la designación escrita o la forma original.
2. Entréguele a su doctor una copia de la Instrucción Anticipada para que este la mantenga en su archivo de atención médica.
3. Mantenga una copia de su Instrucción Anticipada en un lugar donde pueda ser encontrada con facilidad.
4. Mantenga una tarjeta o una nota en su cartera o billetera indicando que usted tiene una Instrucción Anticipada y el lugar donde esta se puede encontrar.
5. Si usted cambia su Instrucción Anticipada, asegúrese que su doctor, su abogado, y/o el familiar del Participante tenga la copia más reciente.

Por favor recuerde que usted tiene el derecho de seleccionar a un nuevo doctor de atención médica en ocasiones en las que el doctor de atención médica no pueda respetar los deseos de la Instrucción Anticipada de sus pacientes debido a objeciones causadas por el sentido del bien y del mal. Para mayor información, pregunte a aquellas personas encargadas de sus cuidados o contacte al Departamento de Servicios al Miembro.

Si usted tiene una queja de cómo EZ CARE maneja las cuestiones de los Instrucciones Anticipadas, puede presentar una queja con la línea de quejas del estado al 1-888-419-3456.

Si por alguna razón la información incluida en las Instrucciones Anticipadas cambia debido a Leyes Estatales, el Plan le enviará estos cambios a todos los Participantes lo antes posible, o a más tardar 90 días después de la fecha efectiva del cambio.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

La privacidad de la información y de los registros del Participante es muy importante para MHPFL. Existen varias maneras de proteger sus registros.

- Los Participantes firman una autorización para divulgar sus registros médicos. Esto quiere decir que usted nos da permiso de obtener sus registros de atención médica cuando estamos investigando un asunto de calidad o indagando un asunto médico.
- El Plan ha escrito y ha implementado normas y procedimientos para proteger la privacidad de sus datos. Este tipo de datos puede ser divulgado a una persona o a una organización que haya recibido su autorización por escrito.

- Los contratos entre el Plan y sus proveedores de atención médica incluyen términos concernientes con la privacidad de sus registros.

MHPFL está comprometido a mantener la privacidad de sus registros y de sus datos. Si tiene preguntas referentes a esta información, sírvase contactar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al número de teléfono que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación (ID, por sus siglas en Inglés.)

Fraude y Abuso

El fraude y el abuso en la industria de atención médica son problemas serios. El fraude y el abuso son penados por la ley. Aquellas personas que cometan fraude o abuso puede ser enviados a prisión. Aquellas personas que cometen fraude o abuso también pueden ser forzadas a devolver el dinero y a perder sus beneficios de atención médica.

En la industria de atención médica, el fraude y el abuso ocurren cuando una persona hace algo para obtener beneficios para los cuales no han sido autorizados. Estos beneficios pueden ser para él / ella, o para otra persona. El fraude y el abuso también ocurren cuando su doctor u otro proveedor de atención médica hacen algo para lo cual no tiene autorización, para que se le pague más de lo debido. Su doctor o proveedor de atención médica también puede cometer fraude si no le proporciona los servicios por los cuales usted tiene autorización, y factura por estos.

Si el fraude y el abuso no se detienen, es posible que las personas que realmente necesitan los beneficios no los puedan obtener. Cuando las personas cometen fraude o abuso en la industria de atención médica, ellos están utilizando el dinero que se ha separado para ser utilizado por niños enfermos, por ancianos, u otros que lo necesitan. Usted puede ayudar con la lucha contra el fraude y el abuso. A continuación le indicamos algunas cosas que puede hacer:

- No le dé su tarjeta de identificación a ninguna persona, excepto por su doctor, el hospital, u otro proveedor de atención médica.
- No permita que nadie (excepto por usted) use su tarjeta de identificación para recibir servicios de atención médica.
- No le pida a su doctor o a otro proveedor de atención médica que le proporcione cuidados médicos que usted no necesita.
- Sospeche si se le ofrecen pruebas o exámenes gratis a cambio del número de tarjeta de identificación de su compañía de seguros.
- Haga preguntas si alguien quiere que usted reciba servicios o tratamientos que usted no cree necesitar.
- No acepte dinero ni regalos de ninguna persona que le ofrezca comprar medicamentos que usted ha recibido a través de su plan de seguros.
- No acepte dinero de ninguna persona que le ofrezca realizar pruebas médicas.
- Lea el correo que le enviamos y llámenos si nota que su doctor, el hospital, u otro proveedor de atención médica ha facturado por servicios que usted no ha recibido.

Si usted sospecha que ha ocurrido fraude y/o abuso, deberá de reportarlo. Puede reportar fraude y abuso sin dar su nombre, pero si da su nombre y otra información para contactarlo(a), ayudará a los investigadores. Si tiene sospechas de fraude y abuso, puede hacer el reporte por teléfono, a través del Internet, o por correo postal. Antes de hacer un reporte, trate de obtener tanta información como le sea posible, incluyendo lo siguiente (no se preocupe si no tiene toda esta información, igual puede reportar el caso):

- El nombre de la persona de la cual usted sospecha de estar cometiendo fraude. Esta puede ser una persona que está recibiendo beneficios de atención médica, un doctor, un hospital, un hogar de ancianos, u otro proveedor de atención médica.
- El número de identificación de la compañía de seguros.
- La fecha cuando el servicio se proporcionó o se facturó.
- La cantidad de dinero implicada.
- Una descripción de las acciones por las cuales usted sospecha que involucran fraude y abuso.

Para reportar una sospecha de fraude y/o abuso en el Medicaid de la florida, sírvase llamar a la línea de teléfono gratuita de Reclamación de Consumidores al 1-888-419-3456 o complete una Forma de Reclamación de Fraude y Abuso de Medicaid, la cual puede obtener en línea en https://ahcaxnet.fdhc.state.fl.us/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx.

También puede reportar fraude y/o abuso directamente a través de nosotros (su plan de salud) en la siguiente dirección y números de teléfono:

Llame a nuestra línea de Cumplimiento y Éticas:	305-460-0648
Llame a nuestra línea gratuita de ayuda de Servicios para el Participante:	1-877-690-7783
Los usuarios de TDD con problemas de audición, al número loca:	305-421-1251
Los usuarios de TDD con problemas de audición, al número gratuito:	1-800-517-6923

Escribanos o visítenos a:	Medica Health Plans of Florida, Inc. Atención: Departamento de Éticas y Cumplimiento 4000 Ponce de Leon Boulevard, Suite 750 Coral Gables, FL 33146
---------------------------	--

O puede reportar su caso enviándonos un correo electrónico a: reportfraud@medicaplans.com

Si informa fraude sospechado y su informe tiene como resultado una multa, la pena, o la caducidad de propiedad de un médico u otro proveedor de asistencia médica, puede tener derecho a una recompensa por Recompensas de Fraude del Fiscal general Programa (al número gratuito 1-866-966-7226 o 850-414-3990). La recompensa puede estar hasta el 25 por ciento de la cantidad recuperada, o de un máximo de \$500.000 por caso (Capítulo de Estatutos de Florida 409,9203). Puede hablar con la Oficina del Fiscal general acerca de mantener su identidad confidencial y protegida.

Descripción de los Beneficios Cubiertos:

Servicios de Salud del Comportamiento	<p>Estos servicios incluyen: Cuidados hospitalarios para pacientes ingresados con condiciones psiquiátricas, cuidados hospitalarios para pacientes externos con condiciones psiquiátricas, servicios médicos psiquiátricos, servicios de salud mental de la comunidad, Servicios de Salud Mental Dirigidos a la Administración de Casos (adultos y niños) y Salud Mental Intensiva Dirigida a la Administración de Casos (adultos).</p>
Servicios para el Control de la Salud de Niños	<p>Estos servicios incluyen: historial de la salud y del desarrollo, evaluación o examen físico sin ropa, evaluación nutricional, actualización rutinaria de inmunizaciones, prueba de laboratorio (incluyendo detección de plomo), prueba de la visión, prueba de audición, prueba dental, educación de la salud, y evaluación del desarrollo. Para estos servicios no es necesario obtener una referencia.</p>
Servicios Dentales	<p>Los Servicios Dentales para Adultos y Niños están cubiertos si usted usa la Red Dental Participante. Para información sobre Cobertura y Limitaciones, sírvase llamar al número de la Red Dental indicado en el dorso de su Tarjeta de Identificación.</p>
Suministros y Educación para la Diabetes	<p>Cobertura de equipo que sea médicamente apropiado y necesario, suministros, y servicios que se usan para tratar la diabetes, incluyendo el entrenamiento para la auto-administración de pacientes externos y servicios educacionales si su Proveedor Participante indica que estos servicios son necesarios.</p>
Servicios de Emergencia	<p>Incluyen cuidados médicos de emergencia 24 horas al día y 7 días a la semana. Si fuera necesario, pida ayuda llamando al 911. Para ir a la sala de emergencias en caso de estar atravesando por una situación médica, no necesita aprobación de <i>EZCARE</i> ni tampoco de su PCP. Los servicios de post-reanimación están cubiertos sin previa autorización. Estos son servicios que son médicamente necesarios después de que su emergencia médica se haya estabilizado.</p>
Servicios para la Planificación Familiar	<p>Los Servicios de Planificación Familiar incluyen información, educación sobre referencias, asesoramiento, procedimientos de diagnósticos, medicamentos anticonceptivos y provisiones. Los servicios son voluntarios y se le permite la libertad total de elección de los métodos deseados para la Planificación Familiar. Usted puede ir donde cualquier proveedor que participe con Medicaid para recibir estos servicios, sin necesidad de obtener una referencia por parte de su Proveedor de Cuidados Básicos.</p>
Servicios de Audición	<p>Están cubiertos para los Participantes menores de 21 años y limitados a exámenes y evaluaciones necesarias para el suministro de un audífono normal cada tres años a partir de la fecha de la última evaluación.</p>
Servicios de Centros Independientes de Diálisis	<p>Incluye las pruebas rutinarias de laboratorio, los suministros relacionados con las diálisis, auxiliares y otros artículos. Los servicios incluyen todos los servicios y procedimientos proporcionados por un Proveedor Participante cuando estos son necesarios para la prevención, el diagnóstico, terapéutica, o para tratar una lesión específica, una enfermedad, o una dolencia.</p>
Servicios de Cuidados de la Salud a Domicilio y Equipo Médico Durable	<p>Incluyen servicios de enfermería (RN. o LPN) esporádicos o de tiempo parcial. Los servicios de cuidados personales proporcionados por asistentes de cuidados a domicilio, y artículos médicos (limitados a ciertos tipos de provisiones y equipos aprobados y adecuados para el uso en el hogar.) Todos los servicios y el equipo deben de ser ordenados por un proveedor participante. Su Proveedor de Cuidados Básicos debe de darle información a <i>EZ CARE</i> sobre los servicios o el equipo que requieren atención médica en el hogar. Los cuidados de Salud a Domicilio no incluyen servicios de ama de casa, comidas a domicilio, compañeros, o servicios de niñera.</p>

Servicios Hospitalarios Auxiliares	Cuando su proveedor autoriza que los proporcione un hospital, y estos servicios incluyen, pero no están limitados a: radiología, patología, neurología, neonatología y anestesiología.
Inmunizaciones	De acuerdo al Programa para la Inmunización de Niños en los Estados Unidos, o cuando es Médicamente Necesario para la salud del Participante.
Servicios de Radiografías de Laboratorios Independientes y Portátiles	Incluyen servicios de radiografías en un laboratorio cuando son ordenados por un Proveedor Participante. Los servicios de radiografías de laboratorios independientes y portátiles deben de ser proporcionados por un proveedor participante de <i>EZCARE</i> .
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ingresados	Incluyen todos los artículos y los servicios necesarios para proporcionar servicios apropiados durante la permanencia en un hospital participante, incluyendo alojamiento y comida, provisiones médicas para cuidados de enfermería, y todos los servicios diagnósticos y terapéuticos. El Plan cubre un máximo de 45 días para los pacientes ingresados entre el 1º de Julio y el 30 de Junio. (Incluye solamente cuidados en hospitales cuando no se trata de emergencias y cuando se ha obtenido previa notificación por parte de su Proveedor de Cuidados Básicos o del Médico de Admisión de <i>EZCARE</i> .)
Servicios para Pacientes Externos	Los servicios para pacientes externos proporcionados en una atmósfera hospitalaria para pacientes externos. Su Proveedor de Cuidados Básicos puede obtener previa notificación para aquellos servicios de atención médica que requieran de notificación.
Servicios Médicos	Incluyen todos los servicios y procedimientos proporcionados por un Proveedor Participante cuando estos son necesarios para la prevención, el diagnóstico, terapéutica, o para tratar una lesión específica, una enfermedad, o una dolencia. Excluyen procedimientos experimentales y cirugía cosmética. Estos doctores incluyen: practicantes registrados de enfermería avanzada; asistenta física, podiatría, optometrista, centros de cirugía ambulatoria.
Servicios de Medicamentos por Receta	Los programas de Medicaid cubren los Medicamentos por Receta indicados en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en Inglés) del Plan de Salud, cuando son prescritos por un proveedor participante y abastecidos por una farmacia participante y licenciada por Medicaid. Para mayor información, sírvase llamar al número de nuestro Departamento de Servicios al Miembro indicado en el dorso de su tarjeta de identificación, o visite cualquier farmacia participante de <i>EZCARE</i> .
Servicios de Terapias Física, Respiratoria, Ocupacional, y del Habla	Están cubiertas para los Participantes menores de 21 años cuando son médicamente necesarias, excepto por la terapia del habla y lenguaje con respecto a la provisión de aumento y sistemas de ayuda con la comunicación, sin importar la edad. Los adultos (de 21 años o mayores) están cubiertos como pacientes externos para recibir terapia física y respiratoria.
Servicios de Traducción	Si usted es un Participante que no habla Inglés y necesita servicios de Traducción Oral, sírvase llamar al número del Departamento de Servicios al Miembro que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación. Estos servicios son gratis.
Transporte	El transporte se proporciona únicamente cuando usted necesita servicios médicos. Para mayor información, sírvase llamar al proveedor participante de transportes de <i>EZCARE</i> que se encuentra en su Guía de MHPFL para el Proveedor.
Servicios para la Visión	Los servicios para la visión incluyen el examen de la vista, gafas, y otros servicios. Los lentes de contacto para propósitos cosméticos no están cubiertos. Sírvase llamar al número de la Red de la Visión que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación para recibir mayor información y conocer las limitaciones.

Medica Health Plans of Florida, Inc EZCARE – Condado de Dade			LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS	<i>Copago</i> \$		Limitaciones / Máximo del Plan
PROVEEDOR DE CUIDADOS BÁSICOS / ARNP / PA	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
CLÍNICA (FQHC, CHD)	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
ESPECIALISTAS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE MATERNIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE PODIATRA	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE LABORATORIO	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid Cuando se ordenan por un Proveedor Participante y se proporcionan a través del Quest Laboratory.
SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INGRESADOS (Servicios de Salud del Comportamiento y Salud Física)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid Máximo una combinación de 45 días durante el año del plan. El límite máximo por día no se aplica a niños menores de 21 años.
SERVICIOS DE TRASPLANTES	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
CIRUGÍA HOSPITALARIA PARA PACIENTES EXTERNOS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE DIÁLISIS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE QUIMOTERAPIA	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EXTERNOS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE TERAPIA PARA PACIENTES EXTERNOS (Física y Respiratoria)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES EXTERNOS	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS EN LA SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid

MEDICAMENTOS POR RECETA	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid, Cuando los ordena un Proveedor Participante y los suministra una farmacia del Plan de Salud que sea participante y esté licenciada.
SERVICIOS DE AMBULANCIA	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS PARA LA VISIÓN	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE AUDICIÓN	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid
SERVICIOS DE TERAPIA (TF, TO, TH, y TR)	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid Cubiertas para Participantes menores de 21 años de edad si son médicamente necesarias y se encuentran en conformidad con el Manual de Cobertura y Limitaciones de Medicaid. Los adultos de 21 años de edad o mayores están cubiertos para recibir terapia física y respiratoria como pacientes externos.
EQUIPO MÉDICO DURADERO	\$ 0	R	<ul style="list-style-type: none"> Las mismas limitaciones, excepciones, y requisitos de elegibilidad que el Programa de Medicaid,
SERVICIOS ADICIONALES	<i>Co-Pay</i> \$		LIMITACIONES
Productos de Farmacia sin Receta (OTC, por sus siglas en Inglés)			<ul style="list-style-type: none"> Máximo de \$10.00 al mes por hogar
Servicios Dental Para Adultos (Examen, Limpieza, Radios)	\$ 0		<ul style="list-style-type: none"> <i>Para mas información, llame al proveedor Dental al numero de telefono que esta en la parte de atrás de su Tarjeta de Identificación</i>
REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN		“R”	<i>Requiere de una referencia por parte de su Proveedor de Cuidados Básicos y autorización del Plan.</i>