



# Manual Para Miembros



*“Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor contactar los Servicios de Miembros al 1-866-376-2456 (TTY/TDD 1-800-955-8771) lunes a viernes de 8am a 5pm.”*

Sitio Web: [CMSPlan.floridahealth.gov](http://CMSPlan.floridahealth.gov)



## BIENVENIDOS

Gracias por elegir a el Children's Medical Services Network Specialty Plan como su nuevo plan de atención administrada (Managed Care Plan). Usted se hizo miembro de Children's Medical Services Network Specialty Plan porque vive dentro de nuestra región de servicio y califica con la elegibilidad clínica para nuestros servicios. Debido a dónde vive, su niño califica bajo la región de servicio de Ped-I-Care. Ped-I-Care trabaja con Children's Medical Services Network Specialty plan para ayudarle con la salud de su niño.

Este manual le va a informar del plan de CMS (Ped-I-Care). Le va explicar los beneficios. Va a responder a la mayoría de sus preguntas. Usted puede recibir información del plan de CMS (Ped-I-Care) en otros idiomas. El plan de CMS (Ped-I-Care) le puede ayudar. No hay ningún costo para usted. Si usted quiere este manual en su idioma, por favor llame a los Servicios de Miembro al número 1-866-376-2456.

Le podemos ayudar si usted habla otro idioma. Podemos interpretar por teléfono. Si necesita ayuda para hablar con su médico, llame a los Servicios de Miembro. Esto no le cuesta nada.

El plan de CMSN también tiene una lista de todos los proveedores que están en nuestra red. La lista se llama el Directorio de Proveedores. Esta lista está incluida en nuestro paquete. Esta lista puede cambiar. Usted puede llamar a los Servicios de Miembro para una lista más reciente. Usted también puede visitar la página web a: <http://www.floridahealth.gov/AlternateSites/CMS-Kids/mma/mma.html>

También incluido en este paquete:

- Formulario de autorización médica
- Cuestionario de Necesidades de Salud

Es muy importante que usted llene el Formulario de autorización médica y el Cuestionario de Necesidades de Salud. **Devuelva estos formularios en el sobre incluido inmediatamente.** Estos documentos se usan para ayudar a sus médicos proveerle con buena atención y servicios.

*Estamos aquí para ayudarle. Llámenos con cualquier pregunta que tenga.*

Gracias,

Departamento de Servicios de Miembros del Plan de CMS (Ped-I-Care)

**Por favor llame a el Departamento de Servicios de Miembro si necesita información en letra grande, video, audio o braille.**

*This information is available for free in other languages. Please contact our member services number at 1-866-376-2456 or TTY/TTD at 1-800-955-8771 between 8:00am to 5:00pm. Call if you need this in large print, video, audio, or Braille. Rele nimewo telefon sa 1-866-376-2456 gratis si ou vle resewva enfomasyon sa a en Kreyol. Por favor llamar si requiere esta información en español.*

Table of Contents	Page
PROCESO DE INSCRIPCION.....	4
INSCRIPCION .....	4
INSCRIPCION ABIERTA.....	4
CANCELACION DE LA INSCRIPCION.....	4
CAMBIO EN EL ESTADO.....	6
INFORMACION DE SERVICIOS.....	7
TARJETA DE IDENTIFICACION DEL PLAN DE CHILDREN’S MEDICAL SERVICES (PED-I-CARE) .....	7
PROVEEDOR DE ATENCION PRIMARIA (PCP).....	8
CAMBIANDO SU PCP .....	8
CONTINUIDAD Y COORDINACION DE LA ATENCION.....	8
COORDINACION DEL CUIDADO PRENATAL.....	8
CHEQUEOS DE NIÑO SANO .....	9
PROVEEDORES DEL PLAN DE CMS (PED-I-CARE).....	10
HACIENDO CITAS.....	10
CITAS CON ESPECIALISTAS .....	11
INSCRIPCION DE RECIEN NACIDOS Y NOTIFICACION DEL PLAN DE CMS PLAN (PED-I-CARE).....	11
CUIDADO DESPUÉS DE HORAS.....	11
CONSIGUIENDO CUIDADO CUANDO ESTA AFUERA DE SU AREA .....	11
SERVICIOS AFUERA DE LA RED .....	11
CUIDADOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACION DEL PACIENTE.....	11
SOLICITANDO UNA SEGUNDA OPINION .....	12
ACCESO ABIERTO .....	12
ASISTENCIA CON COMUNICARSE.....	12
REPARTO DE COSTOS .....	12
MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS Y COMPLICADAS.....	13
MANEJO DE CASOS MATERNO-INFANTIL .....	13

MEJORAMIENTOS DE CALIDAD .....	13
24/7 LINEA DE ENFERMERA DE ASISTENCIA (CareNet) .....	13
PROGRAMAS PARA EL COMPORTAMIENTO SALUDABLE .....	14
BENEFICIOS CUBIERTOS .....	14
SERVICIOS DE TRANSPORTE .....	16
SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE CMS (PED-I-CARE) .....	17
SERVICIOS QUE NECESITAN AUTORIZACION PREVIA .....	17
FARMACIA .....	17
SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO .....	18
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO .....	19
SUS DERECHOS .....	19
SUS RESPONSABILIDADES .....	20
DIRECTIVA ANTICIPADA Y TESTAMENTO VITAL .....	21
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA .....	21
FRAUDE, DESPILFARRO, Y ABUSO .....	21
ABUSO, DESCUIDO Y EXPLOTACION DE NIÑOS .....	22
QUEJAS y el SYSTEMA DE AGRAVIOS & APELACIONES .....	22
QUEJAS .....	22
AGRAVIOS .....	22
APELACIONES DEL PLAN .....	23
AUDIENCIA JUSTA DE MEDICAID (MEDICAID FAIR HEARING - MFH) .....	25
CONTINUACION DE BENEFICIOS .....	25
PROGRAMA DE ASISTENCIA DEL ASEGURADO (SUBSCRIBER ASSISTANCE PROGRAM -SAP) .....	26
LINEA TELEFONICA DE AYUDA DE MEDICAID .....	26
COORDINACION DE CONFORMIDAD DE NO DISCRIMINACION .....	26
NUMEROS DE TELEFONO IMPORTANTES/TESTAMENTO VITAL .....	27

## PROCESO DE INSCRIPCION

Children's Medical Services Network Specialty Plan (el Plan de CMSN) sirve a niños con necesidades especiales de salud hasta la edad de 20 años y que están enrollados con el programa de Medicaid en Florida. Las enfermeras del Departamento de Salud usan una evaluación médica para decidir quien califica clínicamente. El plan de CMSN está en todos los 67 condados de Florida.



## INSCRIPCION

Para estar en el plan de Children's Medical Services (Plan de CMSN Plan) usted tiene que calificar para Medicaid y calificar para la elegibilidad clínica. Medicaid le mandará información de los planes de atención administrada (Managed Care Plans) en su región. Es su opción de estar en el plan de CMSN. Si usted no elige un plan, Medicaid elegirá un plan para usted.

Si usted es un miembro obligatorio requerido inscribirse en un plan, cuando usted esté inscrito en el plan de CMSN, o el estado lo inscribe en un plan, usted tendrá 90 días a partir del primer día de su inscripción para probar el plan de atención administrada (Managed Care). Durante los primeros 90 días usted podrá cambiar su plan por cualquier razón. Después de los 90 días, si usted continúa a ser elegible para Medicaid, usted seguirá inscrito en el plan los siguientes 9 meses. Esto se llama "lock-in", y significa que usted está sujeto con este plan.

## INSCRIPCION ABIERTA

La inscripción abierta es cuando usted puede elegir su plan. Esto ocurre cada año. Medicaid le mandará una carta antes de que comience la temporada de inscripción abierta. Si usted no elige un plan, Medicaid elegirá un plan para usted. Usted tendrá este plan todo el año siguiente. Si usted califica para la elegibilidad clínica y tiene Florida Medicaid, usted se puede inscribir en el plan de CMSN. Para inscribirse llame a Medicaid Choice Counseling al 1-877-711-3662 (TTY/TDD 1-866-467-4970).

Si usted es un miembro obligatorio, el estado le mandará una carta 60 días antes del final de su año de inscripción, diciéndole que usted puede cambiar su plan. Esto se llama "inscripción abierta". Usted no tiene que cambiar su plan de atención administrada (Managed Care Plans). Si usted elige cambiar su plan durante el periodo de inscripción abierta, usted comenzará el plan nuevo al final de su año de inscripción. Si usted elige un plan o se queda con el mismo plan, usted estará sujeto a este plan por los siguientes 12 meses. Cada año, tiene la opción de cambiar su plan de atención administrada (Managed Care) durante sus 60 días de inscripción abierta.

## CANCELACION DE LA INSCRIPCION

Si usted piensa que hay un problema, infórmenos inmediatamente. Llame a los Servicios de Miembros. Si usted es un miembro voluntario, puede cancelar su inscripción en cualquier momento. Llame a Medicaid Choice Counseling al 1-877-711-3662 (TTY/TDD 1-866-467-4970). Necesitará tener disponible su número de Medicaid cuando llame.

Si usted es un miembro mandatorio y usted quiere cambiar el plan después que los 90 días iniciales terminen o después de que su inscripción abierta termine, debe de tener buena razón que esté aprobada por el estado para cambiar su plan. Las siguientes son causas aprobadas por el estado para cambiar el plan de Managed Care:

1. El miembro no vive en una región en que el plan de CMS (Ped-I-Care) está autorizado para proveer servicios, tal como indicado por el programa de FMMIS.
2. El proveedor ya no está asociado con el plan de CMSN Ped-I-Care.
3. El miembro está excluido de inscripción.
4. Ha ocurrido una violación confirmada en la comunidad de marketing o de divulgación.
5. El miembro está excluido de participar en su plan de tratamiento/plan de atención.
6. El miembro tiene una relación activa con un proveedor que no está contratado con el plan de CMS (Ped-I-Care), pero sí está contratado con otro plan de Managed Care. "Relación activa" se defina que el proveedor ha prestado servicios a este miembro durante los seis meses anterior de la solicitud para cancelar la inscripción.
7. El miembro esta inscrito en el plan incorrecto tal como determinado por la agencia.
8. El plan de CMS (Ped-I-Care) ya no participa en esa región.
9. El estado ha impuesto sanciones intermedias al plan de CMS (Ped-I-Care), tal como especificado en 42 CFR 438.702(a)(3).
10. El miembro necesita que servicios relacionados sean realizados al mismo tiempo, pero parte de los servicios no se proveen dentro de la red de los doctores del plan de CMS (Ped-I-Care), o el proveedor primario del miembro ha determinado que recibiendo los servicios separadamente sometería el miembro a riesgos innecesarios.
11. Debido a objeciones morales o religiosas, el plan CMS (Ped-I-Care) no cubre los servicios que busca el miembro.
12. El miembro perdió la inscripción abierta debido a una pérdida temporal de la elegibilidad.
13. Otras razones por 42 CFR 438.56(d)(2) y s.409.969(2), F.S., incluyendo, pero no limitado a: pobre calidad de la atención médica, la falta de acceso a los servicios cubiertos bajo el contrato; cambios excesivos o inapropiado de proveedores primarios; servicio de acceso deterioro debido a cambios significativos en la ubicación geográfica de los servicios; un retraso o denegación de servicio razonable; una falta de acceso a proveedores que tienen la experiencia necesaria para proveer servicios para las condiciones de salud del miembro; o inscripción por razones de fraude.

Algunos beneficiarios de Medicaid pueden cambiar el plan de Managed Care a cualquier tiempo que elijan, por cualquiera razón. Para enterarse si usted puede cambiar el plan llame al Choice Counselor a 1-877-711-3662 (TTY/TDD 1-866-467-4970)

- Es posible que su niño tendrá que discontinuar con nuestro plan. Estas son las razones porque:
- Se trasladó afuera de la región que servimos
- Perdió su Medicaid o elegibilidad clínica;

- Inscripción en un plan de Pago de la Prima del Seguro de Salud Médico (Health Insurance Premium Payment—HIPP Program);
- Muerte;
- Inscripción en una categoría de población excluida; o
- El miembro cumple los 21 años

También es posible que nosotros suspendamos el plan si sigue haciendo lo siguiente después de que se le haya pedido que dejara de hacerlo:

- Uso de tu tarjeta de ID fraudulenta (también será reportado a Medicaid)
- Falsificación de receta médica; o
- Comportarse en una manera perjudicial o abusiva que no sea relacionada con la condición de salud diagnosticada.

## CAMBIO EN EL ESTADO



Si usted pierde el Medicaid o elegibilidad clínica, no podrá continuar con el plan de Children’s Medical Services Managed Care Plan (CMS Plan Ped-I-Care). Llame a la Enfermera Coordinadora (Nurse Care Coordinator/NCC) de Children’s Medical Services, del Departamento de Salud, para hablar de la elegibilidad clínica. Los números de teléfono se pueden encontrar al fin de este manual. Para preguntas acerca de la elegibilidad para el Medicaid, llame al Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families) al 1-866-762-2237 o TTY/TTD 1-800-955-8771 y/o la administración de la seguridad social (Social Security) al 1-800-772-1213 o TTY/TTD 1-800-325-0778 para la siguiente información:

- ◆ Si cambió de dirección
- ◆ Cambios del número de teléfono

Por favor llámanos si:

- ◆ Tiene planes para mudarse afuera de los Estados Unidos ;
- ◆ No está viviendo en Florida

## INFORMACION DE SERVICIOS

### TARJETA DE IDENTIFICACION DEL PLAN DE CHILDREN'S MEDICAL SERVICES (PED-I-CARE)

Usted va a recibir una tarjeta de identificación para el plan de CMS (Ped-I-Care). Esta tarjeta le muestra información a otra gente del plan de CMS (Ped-I-Care). Tiene el nombre y número de teléfono del médico principal del miembro. Siempre debe de tener esta tarjeta con usted. Si cambia su proveedor primario, va a recibir una tarjeta de identificación nueva. La tarjeta nueva tendrá el nombre del doctor nuevo o el nombre del centro médico. Llame al plan de CMS (Ped-I-Care) Departamento de Servicios de Miembro si usted necesita una tarjeta de identificación nueva. Lleve su tarjeta de identificación cuando va a recibir servicios médicos.

No deje que nadie use su tarjeta de identificación. Si usted permite el uso de su tarjeta, usted será responsable por los costos. También podrá perder su elegibilidad para Medicaid.

#### Frente

1. Nombre del Miembro
2. Fecha Efectiva
3. Número de Medicaid
4. Fecha de Nacimiento
5. Nombre del Doctor Principal
6. Número de tel. del Doctor Principal

**Florida HEALTH**  
CMS Managed Care Plan

**UF** Ped-I-Care  
Department of Pediatrics  
UNIVERSITY of FLORIDA

Member Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: «DOB»  
Member ID: \_\_\_\_\_ Effective Date: «Member»

PCP Name: «PRPR\_NAME»  
PCP Phone: «PCP\_PHONE»

CMS Office: «Areaoffice» CMS Phone: «Tollfree»

CMS Plan Enrollee Services: (866) 376-2456 (TDD/TYY 1-800-955-8771)  
CMS Plan Provider Toll-Free Hotline (including non-participating): 1-800-492-9634

24 hour Nurse Help Line: 1-844-891-5785 Rx Prior Authorization: 1-800-603-1714 Rx Bin# 013352  
<http://CMSPlan.floridahealth.gov> PCN:P035013352/Group:ELMedicaid

Form T19-1a

#### Atrás

Números de teléfono importantes:

7. Dirección para Reclamaciones
8. Concordia
9. Verificación de Elegibilidad
10. Transportación

Present this card each time you seek healthcare services.  
Call your Primary Care Physician (PCP) for any health care questions.  
**For authorizations** call: 1-800-492-9634  
(PCP REFERRAL NOT REQUIRED)

**Eligibility Verification:** eInfoSource- <https://cms.einfosource.med3000.com>  
Or 800-664-0146  
(This card is not proof of network enrollment)

**Transportation** call TMS/Access2Care: 1-866-411-8920  
**Behavioral or Mental Health Questions or for pre-authorizations**  
Call Concordia: 1-877-698-7789

**For Medical Claims:**  
CMS Plan  
Attn: CLAIMS  
P.O. Box 981648  
El Paso, TX 79998-1648

**Medicaid**

Form T19-1b



## PROVEEDOR DE ATENCION PRIMARIA (PCP)

Usted puede elegir su propio proveedor de atención primaria. Usted y su familia pueden elegir uno o diferentes doctores para cada miembro familiar. Servicios de Miembros le puede ayudar encontrar un doctor que es parte de nuestra “red”.

Una lista de proveedores de atención primaria se puede encontrar en el directorio de proveedores que viene con su manual. Su PCP puede ser unos de los siguientes:

1. Médico familiar
2. Médico general
3. Médico de Medicina Interna
4. Pediatra

Su proveedor de atención primaria le puede ayudar con tus necesidades médicas. Esto incluye ayudarlo a conseguir citas con otros médicos. También incluye coordinar su atención de hospital. Su proveedor de atención primaria también coordina sus necesidades con los especialistas que lo cuidan. Usted también puede conseguir atención medica cuando su niño está enfermo. Esto incluye la atención que no sea de emergencia.

## CAMBIANDO SU PCP

El plan de Children’s Medical Services (CMS Ped-I-Care) le permite elegir cualquier doctor que forma parte de nuestra red. Cuando usted entró al plan de CMS (Ped-I-Care), es posible que eligió un PCP. Si no eligió un PCP, nosotros le asignamos un PCP que dentro de nuestra red. Usted puede cambiar el PCP a cualquier momento, o si:

- Su PCP ya no está en su área
- Debido a razones religiosas o morales, el PCP no está proveyendo los servicios que busca
- Quiere el mismo PCP que otros familiares

Llame a Servicios de Miembro y ellos le pueden ayudar hacer el cambio. También le pueden ayudar a encontrar un doctor nuevo.

## CONTINUIDAD Y COORDINACION DE LA ATENCION

Usted va a ser asignado una Enfermera Coordinadora (NCC). Su NCC le puede ayudar con citas médicas. Su NCC puede responder a preguntas que tiene. Su NCC está allí para ayudar a su niño obtener la atención médica. Por favor use a su NCC siempre que la necesite. Llame a su oficina local de CMS para hablar con su NCC. El número de su oficina local de CMS está en la parte de atrás de este manual. El plan de CMS le dejara saber si la oficina de su proveedor primario ya no es parte de nuestra red. Le ayudaremos cambiar a su PCP. También le notificaremos si un especialista que ve regularmente deja nuestra red. Le ayudáramos encontrar un especialista nuevo. El plan de CMS honrará a los servicios médicos que usted ha aprobado antes de unirse con nuestro plan.

## COORDINACION DEL CUIDADO PRENATAL

Miembros del CMS Plan (Ped-I-Care) que están embarazados pueden tener muchas preguntas. Las Coordinadoras de Cuidado Prenatal (Prenatal Care Coordinators) le ayudarán conseguir la asistencia que

necesite. Ellas van a contestar sus preguntas. Todos miembros que están embarazadas van a recibir asistencia con su atención médica y cualquier otro servicio que necesitan. Su coordinadora de cuidado prenatal va a trabajar con su doctor y su equipo de salud. Algunas de las maneras en que le podemos ayudar son:

- Ayudarle en aprender más acerca de su embarazo y la temporada después del nacimiento de su bebe;
- Ayudarle aprender más acerca de la importancia del programa para la revisión médica de la salud de su bebe;
- Asistirle con citas médicas y transportación;
- Asistirle en aplicar para Healthy Start y WIC;
- Contestar preguntas que pueda tener;
- Ayudarle conseguir servicios prenatales tal como clases o consejería;
- Asistencia con cualquier necesidad especial;
- Llamarla por teléfono a ver cómo sigue;
- Referirla a agencias comunitarias si hay necesidad; y
- Seguir manejando sus necesidades especiales de salud

**Nuestra meta es tener los mejores resultados posibles a través de apoyo y ánimo. Para más información acerca del programa de Coordinación de Cuidado Prenatal (Prenatal Care Coordination Program), por favor llame a su oficina local de CMS.**

## CHEQUEOS DE NIÑO SANO

Children's Medical Services Managed Care Plan (CMS Plan Ped-I-Care) permite que vea su PCP (doctor principal) por un chequeo de niño sano. Debe de llamar a su PCP para hacer una cita para un chequeo de niño sano. Debe de hacer esto aun cuando su niño no está enfermo. Esto es importante para la salud de su niño. Llame a Servicios de Miembros o a su Enfermera Coordinadora si tiene preguntas.

Niños deben de tener chequeos de niño sano:

Después del nacimiento al (los):

- 3-5 días de edad
- 1<sup>er</sup> mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Cada año hasta que cumplan los 21 años

Un chequeo de niño sano incluye:

- Historia de salud y el desarrollo
- Examen de los oídos

- Examen de la vista
- Examen dental
- Examen del desarrollo
- Exámenes apropiados de edad
- Orientación apropiada a la edad
- Inmunizaciones (tal como sea necesario)
- Tratamiento tal como sea necesario

## PROVEEDORES DEL PLAN DE CMS (PED-I-CARE)

Nuestra red trabaja con muchos tipos de doctores. Esto incluye doctores, hospitales y especialistas. Nosotros tenemos una lista de los proveedores que son parte de nuestra red. Se llama el directorio de proveedores. Una copia del directorio de proveedores esta en este paquete. También puede conseguir esta lista en nuestra página de web o del departamento de Servicios de Miembros. Cuando usted usa un proveedor del directorio de proveedores, usted está “en la red”. Esta lista tiene las horas de la oficina, la dirección de la oficina y otra información. Usted debe recibir servicios médicos dentro de la red excepto cuando busca atención de emergencia. Si el cuidado que tu niño/a necesita no está disponible en la red, dígame a su Enfermera Coordinadora (NCC). Necesitará recibir permiso para ver a este médico.

Usted va a tener que pagar para servicios que no están cubiertos por el plan de Medicaid o CMS (Ped-I-Care). Su PCP tiene una lista de estos servicios. El doctor o el centro médico le puede decir que está cubierto por Medicaid o el plan de CMS (Ped-I-Care). Ellos le tienen que decir si usted necesita pagar antes de recibir los servicios. Usted puede llamar a los Servicios de Miembros con preguntas.

Para emergencias, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Usted no necesita autorización de nosotros para recibir cuidado en los siguientes:

- Centros de Salud con Calificación Federal
- Clínicas Escolares
- Departamento de Salud del Condado

**Si tiene preguntas acerca de su doctor y si la oficina tiene seguro contra negligencia profesional, llame a la oficina del doctor.**

## HACIENDO CITAS

Después de inscribirse, haga una cita con el PCP suyo/de su niño. Haga esta cita inmediatamente si este es un médico nuevo. Esto le ayuda al PCP a conocer la historia de salud y necesidades médicas suyas/de su niño. Su médico va a necesitar una copia de sus registros médicos viejos. Con su permiso, su médico puede conseguirlos de su médico anterior. Esto ayuda que su médico vaya conociendo su historia de salud. Aun cuando se sienta bien, hay cosas que puede hacer su médico para mantenerlo saludable. Cuando llame al PCP para una cita, ellos la van a programar tan pronto que puedan. Su cita dependerá del horario. También dependerá de sus necesidades de atención médica.

Se usan las siguientes se necesitan citas médicas o dentales:

**Para Atención de Urgencia** (cuando necesita ver un médico inmediatamente): Dentro de un día de la solicitud

**Para el Cuidado de Enfermos** (Atención que no es urgente): Dentro de una (1) semana de solicitud

**Para la Atención rutinaria** (chequeo regular): Dentro de un (1) mes después de la evaluación

Si no puede asistir a la cita, por favor llame a su médico inmediatamente. Esto le ayudara a conseguir otra cita lo más pronto posible. También es una cortesía a otros pacientes que necesitan a ver al médico

## CITAS CON ESPECIALISTAS

Usted **no necesita** un referido de su PCP antes de visitar un especialista.

## INSCRIPCION DE RECIEN NACIDOS Y NOTIFICACION DEL PLAN DE CMS PLAN (PED-I-CARE)

Usted nos tiene que notificar cuando usted está embarazada o si ha parido. Llame a su Enfermera Coordinadora o a los Servicios de Miembro. Nosotros notificaremos al Departamento de Niños y Familias (DCF) de su embarazo. Usted también tiene que notificar a su trabajador(a) social de DCF. Cuando usted nos notifica del parto, notificaremos a DCF. Usted también tiene que llamar a la línea de Medicaid Choice Counseling a 1-877-711-3662 (TTY/TTD 1-866-467-4970) para decirle que plan de managed care usted quiere para su bebe.

## CUIDADO DESPUÉS DE HORAS

Usted debe notificar a la oficina de su PCP cuando usted necesita cuidado que no sea emergencia. Es posible que necesitara cuidado cuando la oficina de su médico está cerrada. Esto incluye cuando no es el horario regular de su doctor, y vacaciones. Debe de poder a contactar su doctor al mismo número que cuando la oficina está abierta. Usted puede hablar con su doctor acerca del cuidado después de horas.

## CONSIGUIENDO CUIDADO CUANDO ESTA AFUERA DE SU AREA

Cuando no está en su área normal de servicio, usted debe recibir aprobación antes de recibir atención médica. También tiene que hacer esto para los servicios de salud del comportamiento. Debe pedir autorización al plan de CMS (Ped-I-Care). Esto solo es para servicios que no son de emergencia. Para recibir aprobación, llame a los Servicios de Miembros. Usted necesitara pagar por esta visita si no recibe autorización. Esto incluye si sale afuera de los EEUU. Después de recibir servicios, llame a su médico del plan de CMS (Ped-I-Care). Esto ayudará que su doctor sepa sus necesidades médicas. Para emergencias, llame a 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Puede hacer esto sin aprobación.

## SERVICIOS AFUERA DE LA RED

Para recibir tratamiento de un médico que no está contratado con nuestro plan, necesita una autorización. El médico necesita llamarnos para obtener permiso. Esto es solo para servicios no sean de emergencia.

## CUIDADOS POSTERIORES A LA ESTABILIZACION DEL PACIENTE

Estos servicios son para prevenir que se ponga peor después de una emergencia. Puede recibir estos servicios dentro o fuera de la red del plan de CMS (Ped-I-Care). Puede recibir estos servicios sin una autorización del plan de CMS (Ped-I-Care) cuando:

- 1) Los servicios fueron aprobados anteriormente por nosotros;

- 2) El proveedor solicitó aprobación, pero no recibió una respuesta de nosotros dentro de una hora; o
- 3) El proveedor que le está prestando los servicios no nos pudo contactar para aprobación previa.

## SOLICITANDO UNA SEGUNDA OPINION

Usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión para atención médica. El plan de CMS (Ped-I-Care) cubre estos servicios. Usted debe llamar a su PCP. Ellos le pueden ayudar a conseguir autorización. Usted puede ver un proveedor que es parte de nuestra red. O usted puede ver a un doctor que no es parte de nuestra red sin costo para usted. Pero el proveedor tiene que estar en la misma región de servicio que usted. La región de servicio es nuestra red. Necesita una aprobación antes de ir. Es lo mismo para los servicios de salud del comportamiento.

## ACCESO ABIERTO

Miembros puede ir a los doctores siguientes sin llamar al PCP para una autorización. Deben ser proveedores que son parte de la red del plan de CMSN.

1. Quiropráctico—Por las primeras diez (10) visitas cada año del programa de Medicaid (hasta la edad de 21 años)
2. Podólogo—Por las primeras 4 citas cada año del programa de Medicaid.
3. Dermatólogo – Por las primeras cinco (5) visitas cada año del programa de Medicaid.
4. Obstetra y Ginecólogo— Para un examen para la mujer cada año del programa de Medicaid.
5. Oftalmólogo y Optometrista—Para un examen de ojos y tratamiento medico

Usted necesitará llamar a su PCP si necesita más visitas de lo permitido. Tu PCP te dará la autorización si siente que usted necesita ir. Usted puede recibir servicios de planificación familiar sin autorización del plan de CMS (Ped-I-Care). Pero usted tiene que ir a un proveedor que forma parte de la red de CMS (Ped-I-Care) o es un proveedor de Medicaid.

## ASISTENCIA CON COMUNICARSE

Le podemos ayudar si usted habla otro idioma. Podemos interpretar sobre el teléfono. Le podemos ayudar hablar con su médico. Los servicios de interpretación y comunicación alternativos son gratis, incluyendo todos idiomas extranjeros e incapacidad de la vista o deficiencia auditiva. Podemos conseguirle información en escrito en su idioma. Llame a servicios de miembros. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 de la mañana a 7 de la noche. Si usted es ciego o sordo, llame a TDD a 1-800-955-8771. Estos servicios son gratis.

## REPARTO DE COSTOS

No hay costos para usted para servicios aprobados en el plan de CMS (Ped-I-Care). Posiblemente tenga que pagar por servicios que no cubre el plan. El médico o la facilidad le tiene que notificar cuando usted tiene que pagar por un servicio. Ellos deben de hacer esto antes de que reciba el servicio. **Si usted recibe una cuenta por accidente, no lo ignore.** Por favor llame al Departamento de Servicios de Miembro de Ped-I-Care al 1-866-376-2456 para asistencia.

## MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS Y COMPLICADAS

Algunas personas tienen enfermedades que se ponen peor si no están vigiladas cuidadosamente por un doctor o enfermera. Su Enfermera Coordinadora está allí para ayudarle. Tenemos programas gratis especiales para algunas enfermedades. Estos programas se llaman Manejo de Enfermedades o el programa de la Salud y el Bienestar (Disease Management o Health and Wellness Programs). Estos programas le ayudan administrar su cuidado. le ayudan mantener su salud y prevenir que se ponga peor. Tenemos programas para la Diabetes, VIH/SIDA, y Asma. Le puede pedir más información a su PCP.

## MANEJO DE CASOS MATERNO-INFANTIL

Si usted se queda embarazada por favor llame a su Enfermera Coordinadora o a Servicios de Miembros. Recibiendo atención temprano es lo mejor que usted puede hacer para su bebe. Usted también puede recibir ayuda 24 horas al día, 7 días de la semana a través de nuestra línea de enfermeras. Se llama CareNet. El número es 1-844-514-3779. Le ayudaremos que se atienda con un proveedor. También le podemos ayudar inscribirse en programas locales tal como el de Women, Infants and Children, (WIC) y Healthy Start. Su enfermera obstétrica (OB) le mandará información por correo para ayudar que se mantenga en buena salud. También puede llamar a su Enfermera Coordinadora para obtener otra información comunitaria.

## MEJORAMIENTOS DE CALIDAD

Nosotros le podemos ayudar buscar ayuda más allá que solo atención médica. Esto incluye asistencia en mantenerse saludable. Estos programas incluyen, pero no están limitados a los siguiente:

- Programas de Niños
- La Violencia Domestica
- Prevención del Embarazo
- Programas Prenatal/Posparto de Embarazo
- Para dejar de Fumar
- Abuso de Sustancias
- Programas basados en la comunidad

Si le gustaría aprender más de estos programas, llame a su Enfermera Coordinadora.

## 24/7 LINEA DE ENFERMERA DE ASISTENCIA (CareNet)

CareNet es una línea de información de salud. La línea de ayuda tiene enfermeras con quien usted puede hablar. Están listas a responder a sus preguntas 24 horas al día, todos los días del año. Los Servicios de Miembros de Ped-I-Care está abierto entre las 8 de la mañana y las 5 de la tarde de lunes a viernes. El número de teléfono es 1-866-376-2456. Usted será automáticamente transferida a CareNet después del horario de trabajo o los días de fiesta. También puede llamar a CareNet directamente al 1-844-891-5785. CareNet está listo para ayudarle después del horario de trabajo.

Los siguientes servicios están disponibles cuando usted llama a la línea de ayuda. El número de teléfono es 1-844-514-3779.

- Consejo Medico
- Información de Salud
- Respuestas a sus preguntas de salud

- Consejo para un niño que este enfermo
- Información sobre el embarazo

**¿No está seguro si necesita ir a la sala de emergencia?**

Quizás a veces no está seguro si su usted o su niño necesita ir a la sala de emergencia. Llame a la línea de ayuda. Ellas le pueden ayudar decidir donde asistir para atención médica.

**PROGRAMAS PARA EL COMPORTAMIENTO SALUDABLE**

El plan de CMS (Ped-I-Care) ofrece tres programas de Comportamiento Saludable a todos miembros. Los programas son:

- Dejar de fumar/usar tabaco
- Peso saludable para perder peso
- Recuperación del uso de alcohol o abuso de drogas

Para más información acerca de los comportamientos saludables, por favor llame a su Enfermera Coordinadora.

**BENEFICIOS CUBIERTOS**

**Siguiendo, se demuestran los servicios que están cubiertos por el plan de Children’s Medical Services Managed Care Plan (CMS Plan Ped-I-Care). Si tiene preguntas de cualquier servicio, llame a los Servicios de Miembros.**

Beneficios	Cobertura	Límites
Child Health Check Up (CHCUP)—Una visita de chequeo para su Niño	Servicios para miembros con menos de los 21 años incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audición, Visión y examen dental</li> <li>• La historia de salud y desarrollo</li> <li>• Actualización de las vacunas de rutina</li> <li>• Referidos para el diagnóstico y tratamiento necesitado</li> <li>• Desarrollo y evaluación nutricional</li> </ul>	Sin Límite
Quiropráctico	Los proveedores tienen que estar dentro de la red del plan de CMS (Ped-I-Care). No se necesita autorización para miembros de 21 años de edad o menos para las primeras diez (10) citas de cada año de programa de Medicaid (hasta los 21 años).	24 Visitas por año^
Servicios de Clínica	Los proveedores tienen que estar dentro de la red del plan de CMS (Ped-I-Care). No se necesita autorización.	Sin Límite
Servicios Dentales	Niños pueden obtener todos los servicios dentales usando a nuestros proveedores dentales. Niños reciben cuidado de emergencia dental. Puede haber otros beneficios. Esto está basado en lo que cubre Medicaid. Para algunos servicios, va a tener que pedirnos una autorización previa.	Sin Límite
Suministros para la diabetes y educación	Cubrimos el equipo, suministros, y servicios necesarios para tratar la diabetes. Esto incluye capacitación para el autocontrol y servicios educativos si su PCP determina que lo necesita.	Sin Límite
Equipo Médico Duradero	Estos son suministros médicos que usted necesita para ayudarlo mejorarse o ayudarlo con la vida cotidiana. Su médico debe ordenarlo. Los suministros o equipo que usted reciba está basado en lo que Medicaid permite.	Sin Límite
Servicios de Emergencia	Emergencias son problemas que necesitan cuidado inmediatamente. Esto incluye servicios de emergencia del salud del comportamiento. Si	Sin Límite

Beneficios	Cobertura	Límites
	usted cree que tiene una emergencia, llame a 911 o visite a la sala de emergencia más cercana. Puede recibir cuidado de emergencia sin una autorización previa. El doctor de la sala de emergencia puede pensar que usted no necesita atención inmediatamente. Si el doctor piensa eso, él/ella le informará antes de ayudarlo. Si no es una emergencia, es posible que usted va a tener que pagar para su cuidado. Se va a cubrir el examen para determinar si usted necesita ayuda inmediatamente.	
Servicios de Planificación Familiar	<p>Usted puede recibir estos servicios sin autorización previa del plan de CMS (Ped-I-Care). Pero tiene que ser suministrado por un proveedor del plan de CMS (Ped-I-Care) o Medicaid.</p> <p>Servicios para la planificación familiar incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recibiendo información;</li> <li>• educación y asesoramiento;</li> <li>• pruebas;</li> <li>• métodos anticonceptivos;</li> <li>• asistencia con la planificación de los hijos;</li> <li>• esterilización si es necesario para su salud.</li> </ul> <p>Miembros deben recibir permiso de sus padres o su guardia legal. El permiso no se necesita si el miembro está casado, es padre, está embarazada o si el médico cree que sea lo necesario para su salud.</p> <p>Servicios para esterilización no permite a miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menor de 21 años;</li> <li>• que no están mentalmente competente;</li> <li>• que están institucionalizados en una dependencia correccional, penal, de rehabilitación u hospital para enfermos mentales</li> </ul>	Sin Límite
Servicio de Audición	Niños pueden recibir ayuda para sus problemas de audición. Esto puede incluir exámenes, audífonos, y otros tratamientos. Le ayudan basado en lo que Medicaid permite.	Un audífono estándar cada tres años
Atención Medica a Domicilio	Usted puede recibir ayuda de enfermeras y otros en su domicilio para razones médicas o de cuidado personal. Este servicio será provisto por un proveedor de cuidado de salud en el hogar. Usted puede recibir este tipo de cuidado cuando su médico determina que usted lo necesita. Su médico también debe arreglarlo. Estos servicios están basados en lo que Medicaid permite. Esto incluye equipo y suministros que su médico determina que usted necesita.	Sin Límite
Atención para Pacientes Hospitalizados	El plan de CMSN tiene que dar autorización para que vaya al hospital. Usted no necesita autorización previa si es una emergencia. Esto se refiere a servicios médicos y de salud del comportamiento. La autorización previa incluye el cuarto, las enfermeras y los suministros.	Sin Límite
Servicios de Radiografía y Laboratorio	Todos los servicios cubiertos de laboratorio y radiografía deben ser ordenados por su PCP. Deben ser realizados en instalaciones que son parte de la red.	Sin Límite



Beneficios	Cobertura	Límites
Cuidado Maternal	Al plan de CMS (Ped-I-Care), les importa a nuestros miembros embarazadas. El plan de CMSN tiene programas especiales para ellas. Llama a los Servicios de Miembros para más información. Miembros que están embarazadas pueden elegir uno de nuestros médicos obstetras o parteras.  El médico obstetra o partera le ayudará con su cuidado de salud durante su embarazo. Él/ella también estará presente cuando tenga su bebé. Él/ella también va a examinar su sangre a ver que no haya algo que pueda enfermar a usted o su bebé. Se les ayudará mantenerlos saludables a todas mujeres embarazadas y sus bebés. Le van a hacer el examen de riesgo prenatal (Florida Health Start Prenatal Risk). También es posible que pueda calificar para el programa local de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children—WIC). Pregúntale a su médico o llame al plan de CMS (Ped-I-Care) para más información.	Una visita por día
Atención Ambulatoria	Esto se haría en uno de nuestros hospitales o centros ambulatorios. Esto puede incluir exámenes y/o procedimientos. También incluye servicios de salud del comportamiento. Esto sería proporcionado por unos de nuestros especialistas.	Sin Límite
Servicios Paliativos: Partners in Care-Together for Kids (PIC-TFK)	(PIC-TFK) es un programa de salud designado para niños de 20 años de edad y menor. Permite que niños reciban la atención curativa para enfermedades potencialmente limitantes y los servicios paliativos. Los servicios deben ser previstos por una agencia de hospicio que ha sido aprobada para participar en nuestro programa. Estos servicios pueden incluir: terapia expresiva para niños y su familia, cuidado de relevo en la casa y paciente internado, control de los síntomas y de dolor, cuidado personal especializado, y asesoramiento terapéutico para el niño y la familia.	Los servicios están determinados por la agencia de hospicio y los participantes.
Servicios Médicos	Incluye todos servicios y procedimientos regulares y de enfermedad prestados por un doctor que es parte de la red.	Una visita por día
Podólogo	Miembros pueden ir al doctor sin llamar al PCP para una autorización. Pero tienen que ir a un proveedor que es parte de la red de CMS (Ped-I-Care).	Sin Límite
Medicamentos con Receta	Puede utilizar una farmacia que es parte de la red o un programa de pedidos por correo. Debe estar en la lista de medicamentos preferidos para el plan de CMS (Ped-I-Care).	Sin Límite
Cuidado de la Vista	Usted puede tener un examen y anteojos.	Niño: Hay un límite de 2 pares de anteojos por año
Servicios de Terapia: • Física • Respiratoria • Ocupacional • Del Habla	Todos los servicios de terapia están cubiertos para miembros menores de la edad de 21 años siempre y cuando sea medicamento necesario.	Sin Límite
Transportación	Usted puede conseguir transporte para ir a su doctor u otro proveedor. Esto es para cuando tenga una cita que no es una emergencia. Para preguntar para este transporte usted puede llamar a TMS a 1-866-411-8920. Si esto es una emergencia, debe llamar a 911.	Sin Límite

^Autorización Previa y otros límites pueden aplicar.

## SERVICIOS DE TRANSPORTE

Podemos ayudar que su niño vaya al doctor. Por favor llame a TMS/Access2Care al 866-411-8920 si necesita transporte. El transporte es solo para su niño. Dígame a TMS si su niño está en una silla de ruedas. Dígame a TMS si su niño utiliza algún otro equipo. Llame a TMS por lo menos 3 días antes de su cita.

Pregúntele a TMS acerca del reembolso por kilometraje. Si está saliendo del hospital, puede tardar un rato. Puede ser que tarde hasta tres (3) horas antes de que llegue el transporte. Por favor sea paciente. Si tiene preguntas, llame a los Servicios de Miembros.

### SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE CMS (PED-I-CARE)

Para servicios que nosotros no cubrimos, se necesita autorización previa. Esto viene de su PCP. Llame a los Servicios de Miembros si usted tiene preguntas.

### SERVICIOS QUE NECESITAN AUTORIZACION PREVIA

Autorización previa es para servicios que tienen que ser aprobados por el plan de CMS (Ped-I-Care). Nosotros vamos a revisar la solicitud de su médico antes de que usted reciba el servicio o procedimiento. El plan de CMS (Ped-I-Care) tiene políticas y procedimientos a seguir cuando haciendo las decisiones médicas. Le vamos a mandar una carta si los servicios son denegados o reducidos. Esto se llama una noticia de acción (NOA). La NOA le va a dar la información en como presentar una apelación y como completar una Audiencia Justa de Medicaid (Medicaid Fair Hearing). También, si hacemos cambios importantes a una autorización previa, se lo dejaremos saber.

CMS Plan (Ped-I-Care) tiene que proveer todos los servicios que sean medicamente necesarios para sus miembros que tienen menos de 21 años. Esto es la ley. Esto es el caso aun si el plan de CMS (Ped-I-Care) no cubre un servicio o el servicio tiene un límite. Con tal de que los servicios de su niño sean medicamente necesarios, servicios tienen:

- Ningún límite de costo; o
- Ningún límite de tiempo, tal como límite de horas o días.

**Es posible que su proveedor necesite pedir aprobación del plan de CMS (Ped-I-Care) antes de prestar el servicio a su niño. Llame a su Enfermera Coordinadora o los Servicios de Miembros si quiere saber cómo solicitar estos servicios.**

### FARMACIA

Nosotros cubrimos los medicamentos recetados cuando ordenados por su doctor. Usted puede visitar a nuestra página de web para ver la lista más actualizada de medicamentos preferidos del plan de CMS (Ped-I-Care). [http://ahca.myflorida.com/medicaid/Prescribed\\_Drug/pharm\\_thera/fmpdl.shtml](http://ahca.myflorida.com/medicaid/Prescribed_Drug/pharm_thera/fmpdl.shtml). Usted puede ver en su directorio de proveedores la lista de farmacias que están en nuestra red o puede visitar a cualquier farmacia acepta Medicaid. Si necesita ayuda encontrando una farmacia, llámenos.

*¿Cómo puede conseguir sus recetas?*

- Visite a una farmacia que es parte de la red o cualquier farmacia que acepta Medicaid
- Presente la receta médica
- Demuéstrele su tarjeta de identificación del plan de CMS (Ped-I-Care). Es posible que tenga que tener el número de su seguro social.

Si tiene preguntas acerca de su receta, llame al proveedor que escribió la receta, su Enfermera Coordinadora, o la farmacia.

## SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Esta ayuda es para un problema de salud mental. Niños pueden conseguir ayuda. Usted debe conseguir esta ayuda con uno de nuestros proveedores. Esto puede ser con un doctor, enfermera, psicóloga o trabajador(a) social. Usted puede obtener otros servicios basados en lo que el plan de salud permite.

La red para servicios es Concordia Behavioral Health. Usted les puede llamar con preguntas de sus servicios de salud del comportamiento. Concordia trabaja con el plan de CMS (Ped-I-Care) para proveer servicios para su niño. Usted puede preguntarles a cuáles proveedores puede asistir. Llámelos si usted cree que tiene un problema de salud del comportamiento. El número es 1-800-294-8642. Algunas de las cosas que usted está sintiendo pueden ser unos síntomas de problemas del comportamiento. Esto puede incluir sintiéndose indefensos, sin esperanza o valor, siempre triste, no poder dormir y una pérdida de interés. Puede incluir problemas de concentración, queriendo hacerse daño o hacer daño a otros, o sintiendo enojado o culpable. También es posible que no sintiendo hambre o perdiendo demasiado peso pueda ser este tipo de problema.

Los siguientes servicios están cubiertos por el plan de CMS (Ped-I-Care):

- Paciente interno y externo para las condiciones de salud del comportamiento
- Servicios médicos psiquiátricos
- Servicios de especialidad psiquiátrica
- Servicios comunitarios de salud del comportamiento o condiciones de abuso de sustancias
- Servicios de Manejo de Caso de Salud Mental
- Servicios de Manejo Intensivo de Caso de Salud Mental
- Especialización de cuidado sustituto terapéutica
- Servicios terapéuticos de cuidado sustituto en grupo
- Evaluación integral de salud del comportamiento
- Servicios de comportamiento de superposición para niños en ajustes de bienestar
- Atención residencial
- Programa Estatal de Servicios para Pacientes Psiquiátricos Internados (Statewide Inpatient Psychiatric Program (SIPP) Services) para individuales con menos de 18 años

Usted no tiene que obtener un referido de su PCP. Concordia, con asistencia de su Enfermera Coordinadora del plan de CMS (Ped-I-Care), es responsable para coordinar cualquier servicio de salud del comportamiento de internados o externos. Servicios externos pueden ser provistos por:

- Un grupo de salud del comportamiento con licencia;
- Un centro de salud comunitario; o
- Un proveedor privado de la salud del comportamiento.

Estos proveedores se encuentran en su directorio de proveedores.

CMS coordina servicios de emergencia de la salud del comportamiento las 24 horas al día, 7 días a la semana. Una crisis grave puede incluir cualquiera de los siguientes síntomas:

- Probabilidad de causar peligroso a un mismo y a otros,
- Presenta amenaza a si mismo bienestar,
- Incapaz de realizar acciones cotidianas debido a tanto daño funcional

- Daño funcional que puede causar muerte o herida a si mismo u otros.

Si usted tiene cualquier síntoma mencionada anteriormente, diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al 911. Si no es una emergencia, usted va a tener que pagar para su propio cuidado. El examen para determinar si usted necesita cuidado inmediatamente será cubierto.

El plan de CMS (Ped-I-Care) no es responsable para servicios de salud del comportamiento que no son emergentes que usted recibe de proveedores que no están en nuestra red. Usted debe pedir autorización previa antes de recibir servicios que no son emergentes afuera de nuestra red.

Cuando usted llama al proveedor para hacer una cita, se usarán las siguientes guías;

Para Atención de Urgencia: Dentro de un (1) día de la solicitud

Para el Cuidado de Enfermos: Dentro de una (1) semana de solicitud

Para la Atención rutina: Dentro de un (1) mes de solicitud

CMSN provee servicios de manejo de casos si usted lo necesita. Esto se llama “intensiva” o “salud del comportamiento dirigido” manejo de casos. CMS tiene personal de gestión de casos para ayudarle a obtener los servicios que necesita. Ellos trabajan de estrecha colaboración con el administrador de caso individual que usted tiene a través de su proveedor. Llame al plan de CMS si usted quiere elegir un administrador de caso diferente o proveedor de servicio directo. Ellos le ayudaran a conseguir otro, si posible.

#### *Formulario de Consentimiento de Drogas Psicotrópicas*

Si su niño tiene menos de 13 años y toma medicamento psicotrópico, hable con el médico de su niño. Usted le tiene que dar permiso a su médico para que su niño tome esta medicación. La ley en Florida requiere un formulario de consentimiento firmado. Este formulario de consentimiento se encuentra en nuestro sitio de web. Nuestro sitio de web es CMSPlan.floridahealth.gov. Puede hacer click aquí: [http://ahca.myflorida.com/medicaid/Prescribed\\_Drug/pdf/FL\\_Consent\\_Form\\_Psychotropic\\_Medications.pdf](http://ahca.myflorida.com/medicaid/Prescribed_Drug/pdf/FL_Consent_Form_Psychotropic_Medications.pdf) Déle el formulario de consentimiento firmado a su doctor. El doctor tiene que mantenerlo en los registros médicos.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Nosotros queremos que usted reciba el mejor cuidado médico. Le queremos ayudar a recibir el cuidado que necesita. Por eso, usted tiene derechos y responsabilidades. La ley provee ciertos derechos para usted (42 CFR 438.100, 42 CFR 438.102, 45 CFR 164.524 y 45 CFR 164.526).

### SUS DERECHOS

- De ser tratado con respecto, cortesía y dignidad.
- De proteger su privacidad.
- De hacer preguntas y recibir respuestas que usted entiende.
- De recibir el cuidado y los servicios cubiertos por Medicaid.
- De recibir buena atención medica independiente de raza, origen, religión, edad, incapacidad, o enfermedad.

- De saber de su tratamiento. De saber cuáles son tus opciones. De decidir de su cuidado. Usted puede rechazar tratamiento.
- De preguntar y recibir una copia de sus registros médicos. A pedir cambios o modifiquen sus registros médicos. Cambios solo pueden ocurrir tal como sea permitido por la ley.
- De recibir una segunda opinión de otro doctor.
- De recibir servicios de un proveedor que está afuera de la red.
- De llamar al 911 o ir a la sala de emergencia más cercana si tiene emergencia.
- De rehusar a participar en tratamiento experimental.
- De obtener información de las credenciales de proveedores
- De cambiar proveedores a cualquier tiempo. Usted puede pedir otro médico primario de atención u otro especialista.
- De hacer una queja, agravio o apelación formal.
- De no ser restringido o aislado de una manera para que usted actúe de una manera o para vengarse de usted.
- De recibir información de Directrices Anticipadas, si tiene mas de 18 años.
- De ejercer sus derechos y que no afecte la manera en que sea tratado.
- De recibir la información del plan de Children’s Medical Services (Plan de CMS Ped-I-Care) en el formato o idioma que usted necesita. Información como:
  - Como aprobamos los servicios (el proceso de autorizaciones y referidos, necesidad médica);
  - Como nos aseguramos que estamos mejorando en lo que hacemos (Programa de Mejoramiento de Calidad);
  - Como medimos la calidad de nuestros servicios (Medidas de Desempeño);
  - Los medicamentos con recetas que son cubiertas por el plan de CMS (Ped-I-Care);
  - Como mantenemos su información confidencial;
  - Como manejamos el programa. Como operamos. Nuestras pólizas; y
  - Si tenemos plan de incentivos para los proveedores.

**Usted puede ver esta información en <http://www.floridahealth.gov/AlternateSites/CMS-Kids/mma/mma.html> o llame a los Servicios de Miembros.**

## SUS RESPONSABILIDADES

- Llamar a su PCP antes de recibir atención médica a menos que sea una emergencia. Llamar a su PCP cuando se enferme o necesita cuidado médico.
- Escuchar y trabajar con sus proveedores.
- Tratar a todos proveedores de salud y su personal con respeto, cortesía, y dignidad.
- Darles la información que necesitan para poder darle el mejor cuidado.
- Hablar con su médico si tiene preguntas o preocupaciones.
- Tener su tarjeta de ID a todos tiempos.
- Notificar a su doctor si usted no puede atender una cita.
- Llamar al Departamento de Niños y Familias (DCF) cuando usted cambie de dirección o número de teléfono.
- Informar a Medicaid si usted sospecha fraude.

**Usted puede obtener esta información en [CMSPlan.floridahealth.gov](http://CMSPlan.floridahealth.gov) o llamar a Servicios de Miembros**

## DIRECTIVA ANTICIPADA Y TESTAMENTO VITAL

Por la ley de Florida, es su derecho decidir qué tipo de cuidado médico quiere. Esta ley asegura que sus derechos y deseos sean realizados en la manera que usted desea. Usted puede decidir qué tipo de cuidado médico y de salud del comportamiento usted quiere o no quiere si se pone muy enfermo. Usted puede pedir a no recibir cierta ayuda. Usted también puede pedir que no se le mantenga vivo con atención especial. Si la ley cambia, le notificaremos dentro de 90 días de este cambio.

Una Directiva Anticipada son sus deseos en escrito. Si usted tiene 18 años o más, usted puede escribir sus deseos. Hay dos tipos de directivas anticipadas:

- 1) Testamento Vital – dígame a su médico que tipo de cuidado médico usted quiere o no quiere
- 2) Sustituto para el Cuidado de la Salud –Elija a alguien para hacer decisiones de la atención de salud para usted

Usted puede cambiar o eliminar su testamento vital a cualquier tiempo. Solo asegúrese de que esta firmado y fechado. No es obligatorio por ley que usted tenga un testamento vital. El testamento vital dice quién va a hacer decisiones médicas para usted cuando usted no puede hacer estas decisiones. Usted no va a ser discriminado si usted no tiene una Directiva Anticipada de la Atención de Salud. Children’s Medical Services Managed Care Plan no limita la aplicación de la Directiva Anticipada como una cuestión de conciencia.

Si usted tiene una Directiva Anticipada, sus deseos sean realizados en la manera que usted desea. Hable con su médico de esto. Su médico le puede informar que formularios hay que llenar. Llame a los Servicios de Miembros si usted tiene preguntas. Usted puede encontrar la forma a:

<http://www.floridahealthfinder.gov/reports-guides/advance-directives.aspx>

Si no se está siguiendo directiva, usted puede llamar a la Línea Estatal de Quejas al 1-888-419-3456.

***Ve la página 26 para una copia del Formulario de la Directiva Anticipada / Testamento Vital***

## INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

El gobierno federal aprobó una ley en 1996 para proteger su información de salud. Esta ley se llama Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). La intención de HIPAA es ayudar a personas mantener privada su información de salud. Queremos asegurar que su información de salud privada (PHI) se mantenga protegida. Solo usamos información cuando la necesitamos para proveerle cuidado médico. Si usted quiere saber cómo protegemos su información, lea la “Noticia de Privacidad” en su paquete.

## FRAUDE, DESPILFARRO, Y ABUSO

Para reportar un sospecho de fraude, pilfarro, y/o abuso del Florida Medicaid, llame a línea de Quejas del Consumidor a 1-888-419-3456 o puede completar una Forma de Queja de Fraude y Abuso de Medicaid, que se puede encontrar por la página de web a:

[https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud\\_complaintform.aspx](https://apps.ahca.myflorida.com/InspectorGeneral/fraud_complaintform.aspx) . También puede llamar a línea de Fraude y Abuso de Ped-I-Care al 1-866-787-4557.

Si usted reporta sospechoso de fraude y su reporte resulta en una multa, sanción o decomiso de propiedad de un médico u otro proveedor de salud, usted puede ser elegible para una recompensa a través del Programa Recompensas del Procurador General de Fraude (al número gratuito 1-866-966-7226 o 850-414-3990). La recompensa puede ser hasta 25% de la cantidad recuperada, o el máximo de \$500,000 por caso (Capítulo 409.9203, Estatutos de la Florida). Puede hablar con el Procurador del Estado acerca de mantener su identidad confidencial y protegida.

## ABUSO, DESCUIDO Y EXPLOTACION DE NIÑOS

*Para reportar, llame al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)*

*TDD (Aparato de Teléfono Para los Sordos): 1-800-453-5145*

Usted debe dar detalles de que está causando el riesgo o daño. Esto incluye:

- ◆ Quien fue involucrado
- ◆ Que pasó
- ◆ Cuando y donde pasó
- ◆ Porque sucedió
- ◆ Si resultó con heridas
- ◆ Que dijeron las víctimas (o el víctima) a que sucedió
- ◆ Cualquier otro detalle

El número de teléfono gratuito está disponible 24/7. Consejeros están esperando asistirle.

## QUEJAS y el SISTEMA DE AGRAVIOS & APELACIONES

### QUEJAS

Si usted no está contento con nuestro cuidado o servicios, llama a los Servicios de Miembros al número indicado abajo. Por favor oprima el número 1 para hablar con una persona. Trataremos de resolver su problema. Vamos a responder a sus preguntas. Si todavía no está contento, usted puede hacer un agravio formal. Una queja se convierte a una agravio si después de 24 horas su queja no está resuelta. Usted puede hacer una queja formal sobre muchas cosas. Aquí hay algunos ejemplos:

- Un doctor fue rudo a usted.
- No está contento con la calidad de servicios que ha recibido.
- Tuvo que esperar mucho tiempo a ver su doctor.
- No puede obtener información del plan.
- Está preocupado de la privacidad de sus registros médicos.

### AGRAVIOS

Usted puede hacer un agravio formal oralmente o en escrito. Su doctor puede hacer este agravio formal si usted le da autorización escrita. Usted puede hacer el agravio formal dentro a cualquier tiempo después del incidente. Llame a los Servicios de Miembros si necesita ayuda. Si usted es ciego o sordo, llame a

nuestra línea de TDD a 1-800-955-8771. Los Servicios de Miembros están abiertos de 8 de la mañana a 7 de la tarde. Usted puede hablar con el Coordinador de Agravios. Pregunte por el Coordinador de Agravios de las 8 de la mañana a las 5 de la tarde, de lunes a viernes.

Usted nos puede mandar su agravio en escrito por correo y cualquier documentación que nos quiere mandar a:

Ped-I-Care Grievance Coordinator  
1699 SW 16<sup>th</sup> Avenue  
Gainesville, FL 32608-1153  
Fax: 352-294-8075  
pedicaregrievances@peds.ufl.edu

Le enviaremos una carta escrita dentro de los cinco (5) días después de haber recibido su queja formal oral o escrita. Si usted solicita una resolución expedita no le mandaremos una carta. Revisaremos su agravación cuidadosamente. Nosotros tenemos hasta los 90 días para resolver a su agravio.

Es posible que necesitemos más tiempo si necesitamos más información. Podemos tomar hasta 14 días más revisarlo si es en su mejor interés. Le mandaremos una carta informándole de esto dentro de 2 días. Nuestra carta incluirá la razón que necesitamos más tiempo. Si usted necesita más tiempo, puede pedir hasta 14 días más. Usted nos puede notificar por carta escrita o llamarnos. La extensión de los 14 días, solo es para 14 días de calendarios y es además de los 90 días que tenemos para revisar y resolver su agravación.

Después de que revisemos su agravio, le mandaremos una carta con la información que hemos determinado. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación del plan.

## APELACIONES DEL PLAN

Si usted no queda conforme con la noticia de determinación adversa de beneficios, o “Notice of Adverse Benefit Determination” (NABD) del Children’s Medical Services Managed Care Plan (plan de CMS Ped-I-Care), usted puede hacer una apelación. Una noticia de determinación adversa de beneficios es/quiere decir:

- Los servicios que usted ha estado recibiendo fue terminado, reducido o cambiado;
- Medicaid no pagará por los servicios que usted solicitó;
- Usted no recibió los servicios que usted necesitaba lo suficiente rápido, por la ley de Florida.

Cuando usted recibe nuestra carta de determinación adversa de beneficios, o “Notice of Adverse Benefit Determination” (NABD), usted tiene 60 días de la fecha de la carta NABD para mandarnos su apelación. Usted nos puede hacer una apelación por teléfono o por carta escrita. Si usted hace una apelación por teléfono, usted también nos TIENE QUE mandar su apelación por carta escrita dentro de 10 días o no se aceptará la solicitud de teléfono. Su doctor puede solicitar esta apelación formal de su parte, pero el o ella tienen que tener su permiso en escrito. Es posible que usted desee a mandar otra documentación con su apelación escrita. También usted le puede pedirle a su doctor para formas de documentación. El plan en escrito tiene que tener el nombre del miembro, el número de identificación del miembro, y el número de teléfono donde podemos contactar o a un padre o un tutor legal. Nos puede dar razón porque



debemos de cambiar la decisión, cualquier información médica que apoya su solicitud, y quien le gustaría que le ayude con su plan de apelación. Puede mandar esta carta escrita a:

Ped-I-Care Utilization Management (UM) Department  
1699 SW 16<sup>th</sup> Avenue  
Gainesville, FL 32608-1153  
Lo puede mandar por Fax a: 1-352-294-8084

O puede llamarnos al 1-866-376-2456 y pedir hablar con el Coordinador de Apelaciones de UM de las 8am – 5pm de lunes a viernes.

Le informaremos cuando recibimos tu carta escrita. Le mandaremos esta tarjeta dentro de cinco (5) días. Vamos a revisar su apelación cuidadosamente. Nosotros tenemos hasta 30 días para responder a su apelación. Si usted mando la apelación solo por carta escrita, los 30 días comienzan cuando nosotros recibimos la carta escrita. Si usted hizo la apelación por teléfono y después por carta escrita, los 30 días comienzan en la fecha que usted llamó.

Es posible que necesitaremos más tiempo si necesitamos más información. Podemos tomar hasta 14 días más si es en su mejor interés para resolverlo. Le llamaremos el día que decidimos que necesitamos tiempo adicional y le mandaremos una carta informándole de esto dentro de 2 días. Nuestra carta va a incluir la razón que necesitamos más tiempo. Si usted necesita más tiempo, usted puede solicitar hasta 14 días más. Usted nos puede notificar por carta escrita o llamarnos. La extensión es solo por 14 días de calendario y es además de los 30 días que tenemos para revisar y resolver su apelación.

Un médico que no hizo la decisión original va a leer su apelación cuidadosamente. Tenemos hasta 30 días para resolver su apelación. Le mandaremos una carta escrita con nuestra decisión.

Usted puede solicitar una apelación expedita si necesita una revisión más rápida debida a su condición de salud. Esto se llama una revisión de apelación expedita “Expedited Plan Appeal Review”. Si usted o su médico cree que esperar 30 días por una decisión puede poner su vida, salud, o su habilidad de lograr, mantener, o recuperar su funcionalidad máxima en peligro. Usted puede solicitar una apelación expedita por teléfono o por carta escrita, pero necesita estar seguro que nos pida *acelerar* la apelación. Le dejaremos saber nuestra respuesta a usted y su proveedor en 72 horas. Le trataremos de notificar por teléfono de nuestra decisión. También le mandaremos una carta escrita de nuestra decisión dentro de dos (2) días de calendario. Es posible que no estemos de acuerdo que su apelación necesita estar acelerada, pero le notificaremos de esta decisión. Todavía vamos a procesar su apelación dentro del periodo de tiempo normal.

Si usted no conforme con lo que te hemos dicho, usted puede solicitar una audiencia justa de Medicaid (Medicaid Fair Hearing) o el programa de asistencia beneficiario (Beneficiary Assistance Program).

Durante nuestra revisión, usted nos puede dar información para ayudar a su caso. Usted nos puede dar esta información en persona o por carta escrita. Usted también puede ver su expediente a cualquier tiempo antes de que se haga una decisión. Su expediente puede tener documentos médicos u otros documentos que vamos a usar.

## AUDIENCIA JUSTA DE MEDICAID (MEDICAID FAIR HEARING - MFH)

Usted no tiene que esperar que nosotros hagamos nuestra decisión. Usted puede solicitar una MFH a cualquier tiempo. Si usted elige hacer una MFH antes de completar nuestro proceso de agravios y apelaciones, usted tiene 90 días desde nuestra noticia de acción. Usted puede esperar a nuestra decisión primero. Si no está conforme con lo que le decimos, usted tiene 90 días desde nuestra decisión final para pedir una MFH. Si usted elige una MFH antes de completar nuestro proceso de agravios y apelaciones, usted no puede regresar a nuestro proceso después de la audiencia de MFH.

Usted puede solicitar una audiencia justa contactando a:

Agency for Health Care Administration  
Medicaid Hearing Unit  
P.O. Box 60127  
Ft. Myers, FL 33906  
(877) 254-1055 (toll-free)  
239-338-2642 (fax)  
[MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com](mailto:MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com)

Usted va a recibir una carta escrita de la unidad de la audiencia de Medicaid (Medicaid Hearing Unit). Le informará cuando la MFH va a ocurrir. Usted puede tener a alguien que hable de su parte en esta audiencia. Si usted quiere que su doctor hable para usted a esta audiencia, debe chequear con su doctor que esto está bien. También le tiene que informar al oficial de la audiencia.

## CONTINUACION DE BENEFICIOS

Usted puede pedir que continuemos su cuidado durante el tiempo de su apelación o su audiencia Justa de Medicaid. Si la decisión final está en favor del plan de CMS (Ped-I-Care) y la denegación de servicio es la decisión final, usted puede tener que pagar por el costo de los servicios. Es posible que necesitará regresar el dinero para los servicios pagados durante el tiempo que la apelación está pendiente si los servicios fueron continuados solo por esta solicitud y la decisión no estuvo en favor del miembro. Para continuar a sus beneficios, usted debe solicitar la continuación de beneficios y:

- La apelación debe incluir la terminación, suspensión o reducción de un servicio que tenía una autorización previa;
- La autorización previa no debe haber expirado; y
- Los servicios deben ser pedidos por un proveedor de CMS (Ped-I-Care).

Para continuar los servicios durante el proceso de apelación, usted debe solicitar la continuación de beneficios durante este término de tiempo:

- Mándenos una carta escrita dentro de 10 días de calendario de la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios, (Notice of Adverse Benefit Determination - NABD) del plan de CMS (Ped-I-Care); o
- Antes o el primer día que sus servicios están programados ser reducidos, suspendidos, o finalizados, *la fecha que sea posterior*.

Continuaremos el servicio hasta que uno de los siguiente ocurre:

1. Usted nos pide que dejemos de revisar su apelación.
2. Más de 10 días han pasado de la fecha de carta su noticia de acción y usted no ha solicitado continuación de servicios.
3. La decisión de la audiencia justa o de la apelación está en favor del plan de CMS (Ped-I-Care).
4. La autorización previa ha terminado o los servicios autorizados se han cumplidos.
5. La oficina de MFH denegó su apelación después de que su audiencia justa ha terminado.

### PROGRAMA DE ASISTENCIA DEL ASEGURADO (SUBSCRIBER ASSISTANCE PROGRAM -SAP)

Después de completar el proceso de apelación y agravio con el plan de CMS (Ped-I-Care), si usted sigue inconforme con la decisión, usted puede pedir una revisión por SAP. Usted debe hacer la solicitud para una revisión dentro de un año de nuestra última carta de noticia de acción de la resolución. **Si usted pide una audiencia justa, no puede tener una revisión del SAP.**

Usted puede pedir una revisión escribiendo a:

The Agency for Health Care Administration  
Beneficiary Assistance Program  
Building #3, MS #26  
2727 Mahan Drive  
Tallahassee, Florida 32308

**Llame al número gratuito a 1-888-419-3456 o (800-955-8771 número de Florida Relay Service TDD)**

### LINEA TELEFONICA DE AYUDA DE MEDICAID

Usted puede someter una queja contra un plan de salud o un centro médico llamando la línea telefónica de ayuda de Medicaid al (888) 419-3456 / (800) 955-8771 Florida Relay Service (número de TDD) de lunes –viernes 8am – 5pm, o en línea al: [https://apps.ahca.myflorida.com/smmc\\_cirts/](https://apps.ahca.myflorida.com/smmc_cirts/)

### COORDINACION DE CONFORMIDAD DE NO DISCRIMINACION

El Plan de CMS cumple con las leyes aplicables Federales de derecho civil y no discrimina por razón de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Llame a Servicios de Miembros al 1-866-376-2456 si cree que usted ha sido víctima de la discriminación. Pida hablar con el Coordinador de Agravios (Grievance Coordinator). Llame a Servicios de Miembros si tiene problemas con acceder servicios.

Usted puede obtener el plan de competencia cultural y lingüístico. No hay costo. Este plan nos ayuda servirle mejor. El plan se encuentra en línea. El domicilio web es: <http://pedicare.pediatrics.med.ufl.edu/about-us/cultural-linguistic-competence-plan/>. Usted puede pedir una copia impresa. Llame al 1-866-376-2456.

## NUMEROS DE TELEFONO IMPORTANTES/TESTAMENTO VITAL

### Children’s Medical Services Managed Care Plan (CMS Ped-I-Care) Números de Telefono Importantes

<b>Ped-I-Care trabaja con el plan de CMS (Ped-I-Care) en su area para asistir con el cuidado de su niño</b>	
CMS/Ped-I-Care Servicios de Miembro	1-866-376-2456
Transporte-TMS/Access2Care	1-866-411-8920
24/7 Línea de Ayuda de Enfermeras	1-844-891-5785
Médico, Dental, Visión, Salud del Comportamiento	1-866-376-2456
Línea Estatal de Cumplimiento	1-855-843-1106
Concordia-Salud Mental o del Comportamiento (24 horas)	1-877-698-7789
<b><u>Children’s Medical Services Oficinas de Area Local</u></b>	
Pensacola	1-800-381-3685
Panama City	1-800-299-4700
Tallahassee	1-800-226-2604
Gainesville	1-800-523-7545
Jacksonville	1-800-340-8354
Daytona Beach	1-866-827-5197
Ocala	1-888-326-7485
Orlando	1-800-226-6530
Tampa	1-813-396-9743

St. Petersburg Lakeland Melbourne	1-800-336-1612 1-863-413-3580 1-321-639-5888
<b>MEDICAID Línea de Ayuda</b>	1-877-254-1055
<b>Medicaid Oficinas de Area Local</b> Pensacola Jacksonville St. Petersburg Orlando	1-800-303-2422 1-800-273-5880 1-800-299-4844 1-877-254-1055
<b>Centros de Recursos para Envejecimiento e Incapacidad</b> PSA 1 PSA 2 PSA 3 PSA 4 PSA 5 PSA 6 PSA 7	<b>1-800-963-5337</b> 1-866-531-8011 1-800-96-ELDER 1-800-96-ELDER 1-888-242-4464 1-800-96-ELDER 1-800-96-ELDER 1-800-96-ELDER
<b>OTROS NUMEROS DE TELEFONO IMPORTANTES</b> Choice Counselor: Para cambiar plan Departamento de Niños y Familia (Elegibilidad de Medicaid) Administración del Seguro Social (Elegibilidad de Medicaid) Florida Línea de MPI Fraude y de Abuso Línea directa de Abuso Programa de Asistencia del Seguro (Subscriber Assistance Program)	1-877-711-3662 1-866-762-2237 1-800-772-1213 1-888-419-3456 1-800-962-2873 1-850-412-4502

**Sugerencias para el plan de CMS (Ped-I-Care), por favor escribanos a [CMSPlan@flhealth.gov](mailto:CMSPlan@flhealth.gov) o use el enlace de correo electrónico en nuestro sitio web: [CMSPlan.floridahealth.gov](http://CMSPlan.floridahealth.gov)**



### Directiva Anticipada y Testamento Vital

Declaración hecha este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, del 2\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_, con intención y voluntad propia, doy a conocer mi deseo que mi vida no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias que se indican abajo, yo declaro por el presente, que si al tiempo yo estoy incapacitado mentalmente o físicamente y

- \_\_\_ (las iniciales) Yo tengo una enfermedad terminal,
- \_\_\_ (las iniciales) Yo tengo una enfermedad en fase terminal,
- \_\_\_ (las iniciales) Estoy en un estado vegetativo persistente,

Y si mi médico tratante o medico de tratamiento y otro médico consultante han determinado que no hay ninguna probabilidad médica razonable de mi recuperación de dicha condición, yo directo que los procedimientos que prolongan la vida sean declarados desierto o retirado cuando la aplicación de tratamiento solo sirve para artificialmente prolongar el proceso de morir, y que yo sea permitido a morir naturalmente con solo la administración de medicamento o el servicio de tratamiento médico necesario solo si es para proveer comodidad o para aliviar el dolor.

Yo si \_\_\_\_\_, Yo no \_\_\_\_\_ deseo que nutrición e hidratación (comida y agua) sea retenido o retirado cuando la aplicación de este proceso solo sirve a prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honorada por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho legal de rechazar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de este rechazo. En el caso de que yo sea determinado de ser incapaz de proporcionar el consentimiento expreso e informado con respeto a la retención, retirada o la continuación de procedimientos para prolongar la vida, yo deseo a designar, como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo toda la importancia de esta declaración, y estoy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones Adicionales (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

*Al menos un testigo no debe ser un esposo o esposa o un relativo de sangre del principal.*