

Turn page over for English

Bienvenido al Condado de Broward **Medicaid de la Florida**



HÁGALO AHORA!

***Inscríbese en un
plan de salud.***

***Para saber como escoger un plan lea este
folleto ó llame hoy a un Consejero de
Opciones!***

¿Necesita Ayuda?

Medicaid ha entrenado a un grupo de personas para atenderlo y responderle a sus preguntas y ayudarle a inscribirse en el plan de salud que mejor se ajuste a sus necesidades. Son los Consejeros de Opciones y le ayudarán gratuitamente.

¿Cómo consigo ayuda?

1) Llame gratis a los Consejeros de Opciones al

1-866-454-3959, TDD 1-866-467-4970,
ó

2) Visite un Consejero de Opciones en su comunidad. Llame a la Consejería de Opciones y obtendrá una cita para reunirse en persona con un consejero de opciones en su casa ó en un lugar conveniente.

Le queda poco tiempo para actuar.

***Condado de Broward
Ancianos y/ó Discapacitados***

Rev 04/09

Pasos para ayudarlo a escoger un plan:

- 1) Revise los planes de salud del Condado de Broward en este folleto (páginas 4 - 7) para aprender que beneficios ofrece cada plan. Para más información visite www.flmedicaidreform.com.
- 2) Revise los servicios adicionales que ofrece cada plan. Revise las limitaciones ó copagos que cada plan tiene para los servicios que usted necesita.
- 3) Para que lo ayuden llame ó visite a un Consejero de Opciones.
- 4) Decida cuál es el plan de salud que mejor cubre las necesidades médicas de usted y su familia.
 - Si usted tiene un médico, llame al consejero de opciones para informarse con que planes de salud está afiliado su médico. Si no tiene un médico, el
 - Consejero de Opciones puede ayudarlo a escoger uno.Si trabaja, usted pudiera inscribirse en el plan de salud que ofrece su empleador. El Consejero de Opciones le ayudará a saber si esta opción es la mejor para usted.
- 5) **Inscríbese - Recuerde que usted debe inscribirse en un plan de salud ó se escogerá uno para usted. HÁGALO AHORA. ¡No queda mucho tiempo!**

Llame hoy a un Consejero de Opciones si:

- Usted recibe Medicare y Medicaid
- Está embarazada

Los beneficiarios discapacitados pueden recibir servicios adicionales a solicitud del Consejero de Opciones sin costo alguno. Estos servicios incluyen pero no están limitados a traducción simultánea, servicios de interpretación del lenguaje por señas, servicio Braille para no videntes, letra grande, CD-ROMs, y cintas para escuchar. Para recibir estos servicios, llame al 1-866-454-3959; TDD 1-866-467-4970; correo electrónico checkitout@acs-inc.com; fax 1-850-219-4050; ó escriba a: Florida Medicaid, P.O. Box 5197 Tallahassee, Florida 32314-5197.

Cualquier persona que requiere los servicios listados arriba ó acomodación especial bajo el Acta de 1990 de American with Disabilities debe de llamar a la Línea de Ayuda al menos siete días antes de la reunión con un Consejero de Opciones en persona ó en su casa.



Es Fácil obtener ayuda:

Por Teléfono:

Llame a la Consejería de Opciones al 1-866-454-3959
Lunes - Jueves 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Viernes 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Los usuarios del TDD llamar al 1-866-467-4970



Un Consejero de Opciones está listo para ayudarle.

Antes de llamar, por favor tenga a mano su número de identificación del Medicaid de la Florida ó el número de su tarjeta dorada, el número de su seguro social y la fecha de nacimiento de cada persona que usted vaya a inscribir.

ó

En Persona

Reuniones de grupos de consejería ó entrevista personal de consejería en su área - vea la información en la carta de presentación ó llame a la Consejería de Opciones al 1-866-454-3959 para programar una reunión con un Consejero de Opciones. Si está discapacitado ó no está en condiciones físicas para ir, un Consejero de Opciones le visitará.



Un Consejero de Opciones se reunirá con usted cuando y donde usted quiera.

ó

Por Correo

Si usted sabe cuál plan de salud quiere, llene el formulario de inscripción que está en el paquete y envíelo por correo a la Consejería de Opciones en el sobre provisto. Si se le pierde el sobre puede enviar el formulario a: Florida Medicaid, P.O. Box 5197, Tallahassee, FL 32314-5197.



Si usted sabe cuál plan de salud quiere, envíe su formulario hoy.

Los copagos y límites en la lista de abajo NO APLICAN a niños ni a mujeres embarazadas. Todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos para niños y mujeres embarazadas.

PLANES MÉDICOS	Universal Health Care		Preferred Medical Plan, Inc.		South Florida Community Care Network						
INFORMACIÓN DE CONTACTO	866-690-4842 www.univhc.com		800-767-5551 www.pmphmo.com		866-899-4828 www.sfccn.org						
BENEFICIOS	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga♣	Límite del plan♣					
Ambulancia	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Cirugía ambulatoria		Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Servicios de quimioterapia		Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Quiropráctico		24 visitas / año		24 visitas / año	\$1 / visita	24 visitas / año					
Clínica (FQHC, RHC)		1 visita / día		1 visita / día	\$3 / visita	1 visita / día					
Servicios dentales		\$300 / año		dentaduras / emergencias	5% de coaseguro	dentaduras / emergencias					
Servicios de diálisis		Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Equipos médicos duraderos ■		Lea Abajo^		\$5,000 / año		Lea Abajo^					
Sala de emergencia		Lea Abajo^		Lea Abajo^		Lea Abajo^					
Servicios de audición		1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años		1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	\$0	1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años					
Servicios de cuidado de la salud en el hogar		60 visitas / de por vida ♦		60 visitas / de por vida ♦	\$2 / visita	60 visitas / de por vida♦					
Paciente hospitalizado		45 días combinados^		45 días combinados^	\$3 / admisión	45 días combinados^					
Cirugía en hospital como paciente externo		\$0		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	\$3 / visita	Lea Abajo^			
Laboratorio / Radiografías							\$1 / día				
Maternidad / Servicios de planificación familiar							\$0				
Servicios de salud mental							☀IGUAL		\$2 / visita	☀IGUAL	
Servicios de HOSPITAL como paciente externo (No emergencia)							\$1,500 / año		\$1,500 / año combinados	\$3 / visita	\$1,500 / año combinados
TERAPIA como paciente externo (física / respiratoria)							\$1,500 / año		\$0	\$0	
Farmacia ▲							17 recetas / mes		17 recetas / mes	\$0	17 recetas / mes
Podiatra							24 visitas / año		24 visitas / año	\$0	24 visitas / año
Médico de atención primaria / ARNP / PA							1 visita / día		1 visita / día	\$2 / visita	1 visita / día
Médico especialista							Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^
Servicios de trasplante		Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Transporte no de emergencia		Lea Abajo^		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Servicios de la vista		2 pares de espejuelos^		2 pares de espejuelos^	\$2 / visita	2 pares de espejuelos^					
SERVICIOS ADICIONALES	Farmacia sin receta - \$25 por familia al mes				Servicios dentales para adultos - 1 limpieza al año Servicios de Maternidad - Entrega de comidas a domicilio para familias de recién nacidos. Entrega de 2 comidas por persona para un máximo de 4 personas.						
Comuníquese con el plan para obtener más detalles											

♣ ESTE BENEFICIO ESTÁ CUBIERTO. AUTORIZACIONES PREVIAS, LÍMITES Ó EXCEPCIONES PODRIAN APLICAR.
 ♣ COPAGOS Y LÍMITES DEL PLAN NO APLICAN A NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.
 ☀ IGUAL=LOS MISMOS LÍMITES QUE LOS DEL PROGRAMA DE CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID.
 ▲ LÍMITES NO APLICAN PARA QUIMIOTERPIA Ó MEDICAMENTOS PARA EL HIV/SIDA.
 ■ LÍMITES NO APLICAN PARA DISPOSITIVOS ORTÓTICOS NI PRÓTESIS DE MÁS DE \$3,000 NI PARA SILLAS DE RUEDAS MOTORIZADAS.
 ♦ PUEDE QUE OBTENGA MAS VISITAS SI SON APROBADAS ANTES DE RECIBIR EL SERVICIO.

Los copagos y límites en la lista de abajo NO APLICAN a niños ni a mujeres embarazadas. Todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos para niños y mujeres embarazadas.

PLANES MÉDICOS	Total Health Choice		AMERIGROUP Community Care		Access Health Solutions						
INFORMACIÓN DE CONTACTO	800-213-1133 www.totalhealthchoice online.com		800-827-4221 www.myamerigroup.com		866-291-6171 www.accessmpn.com						
BENEFICIOS	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga♣	Límite del plan♣					
Ambulancia	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^					
Cirugía ambulatoria											
Servicios de quimioterapia							24 visitas / año	24 visitas / año	\$1 / visita	24 visitas / año	
Quiropráctico							1 visita / día	1 visita / día	\$3 / visita	1 visita / día	
Clínica (FQHC, RHC)							dentaduras / emergencias	dentaduras / emergencias	5% de coaseguro	dentaduras / emergencias	
Servicios dentales							Lea Abajo^	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	
Servicios de diálisis							\$4,275 / año	\$4,275 / año		Lea Abajo^	
Equipos médicos duraderos ■							Lea Abajo^	Lea Abajo^		Lea Abajo^	
Sala de emergencia							1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	\$2 / visita	1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	
Servicios de audición							60 visitas / de por vida♦	60 visitas / de por vida♦	\$2 / visita	60 visitas / de por vida♦	
Servicios de cuidado de la salud en el hogar							45 días combinados^	45 días combinados^	\$3 / admisión	45 días combinados^	
Paciente hospitalizado							Lea Abajo^	Lea Abajo^	Lea Abajo^	\$3 / visita	Lea Abajo^
Cirugía en hospital como paciente externo										\$1 / día	
Laboratorio / Radiografías										\$0	
Maternidad / Servicios de planificación familiar							☀️IGUAL	☀️IGUAL	\$2 / visita	☀️IGUAL	
Servicios de salud mental							\$1,500 / año combinados	\$1,500 / año combinados	\$1,150 / año	\$1,500 / año combinados	
Servicios de HOSPITAL como paciente externo (No emergencia)									\$500 / año		
TERAPIA como paciente externo (física / respiratoria)							17 recetas / mes	17 recetas / mes	\$0	17 recetas / mes	
Farmacia ▲							24 visitas / año	24 visitas / año	\$2 / visita	24 visitas / año	
Podiatra							1 visita / día	1 visita / día			
Médico de atención primaria / ARNP / PA							Lea Abajo^	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	
Médico especialista							Lea Abajo^	Lea Abajo^	\$1 / viaje	Lea Abajo^	
Servicios de trasplante									\$2 / visita		
Servicios de transporte no de emergencia							2 pares de espejuelos^	2 pares de espejuelos^	\$2 / visita	2 pares de espejuelos^	
Servicios de la vista							Farmacia sin receta - \$25 por jefe de familia al mes Servicios dentales para adultos - Limpiezas / Empastes / Extracciones Circuncisión - Para niños hasta los 12 meses de nacido Terapia de Nutrición para Adultos - 15 visitas al año		Farmacia sin receta - \$25 por familia al mes Servicios de audición para adultos - Hasta \$500 para mejorar la prótesis de oído Servicios de la vista para adultos - Hasta \$125 para mejorar los espejuelos Acupuntura - Hasta 12 visitas al año Cuidado de Relevo - Visitas - límite de 16 horas al mes y 32 horas al año		
SERVICIOS ADICIONALES Comuníquese con el plan para obtener más detalles											

▲ ESTE BENEFICIO ESTÁ CUBIERTO. AUTHORIZACIONES PREVIAS, LÍMITES Ó EXCEPCIONES PODRIAN APLICAR.
 ♣ COPAGOS Y LÍMITES DEL PLAN NO APLICAN A NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.
 ☀️ IGUAL=LOS MISMOS LÍMITES QUE LOS DEL PROGRAMA DE CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID.
 ▲ LÍMITES NO APLICAN PARA QUIMIOTERAPIA Ó MEDICAMENTOS PARA EL HIV/SIDA.
 ■ LÍMITES NO APLICAN PARA DISPOSITIVOS ORTÓTICOS NI PRÓTESIS DE MÁS DE \$3,000 NI PARA SILLAS DE RUEDAS MOTORIZADAS.
 ♦ PUEDE QUE OBTENGA MAS VISITAS SI SON APROBADAS ANTES DE RECIBIR EL SERVICIO.

Los copagos y límites en la lista de abajo NO APLICAN a niños ni a mujeres embarazadas. Todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos para niños y mujeres embarazadas.

PLANES MÉDICOS	Freedom Health		Humana Family		Children's Medical Services						
INFORMACIÓN DE CONTACTO	877-655-2424 www.freedomhealth.com		800-795-9858 www.humana.com		800-490-4779 www.cms-kids.com						
BENEFICIOS	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga	Límite del plan					
Ambulancia	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	\$0	Este plan solamente acepta a miembros de 20 años y menores.					
Cirugía ambulatoria											
Servicios de quimioterapia											
Quiropráctico							24 visitas / año	24 visitas / año			
Clínica (FQHC, RHC)							1 visita / día	1 visita / día			
Servicios dentales							dentaduras / emergencias	\$2,200 / año			
Servicios de diálisis							Lea Abajo^	Lea Abajo^			
Equipos médicos duraderos ■											
Sala de emergencia							1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años			
Servicios de audición											
Servicios de cuidado de la salud en el hogar							60 visitas / de por vida♦	60 visitas / de por vida♦			
Paciente hospitalizado							45 días combinados^	45 días combinados^			
Cirugía en hospital como paciente externo							\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	\$0
Laboratorio / Radiografías											
Maternidad / Servicios de planificación familiar							☼IGUAL	☼IGUAL			
Servicios de salud mental											
Servicios de HOSPITAL como paciente externo (No emergencia)							\$1,500 / año combinados	\$1,500 / año combinados			
TERAPIA como paciente externo (física / respiratoria)							17 recetas / mes	17 recetas / mes			
Farmacia ▲											
Podiatra							24 visitas / año	24 visitas / año			
Médico de atención primaria / ARNP / PA							1 visita / día	1 visita / día			
Médico especialista							Lea Abajo^	Lea Abajo^			
Servicios de trasplante											
Transporte no de emergencia	2 pares de espejuelos^	2 pares de espejuelos^									
Servicios de la vista											
SERVICIOS ADICIONALES Comuníquese con el plan para obtener más detalles	Farmacia sin receta - \$25 por familia al mes Servicios dentales para adultos - Exámenes / Limpiezas / Empastes / Radiografías	Farmacia sin receta - \$25 por familia al mes	Este plan solamente se aplica a niños con problemas médicos, de desarrollo, del comportamiento, o emocionales. También se pueden inscribir los hermanos de estos niños.								

▲ ESTE BENEFICIO ESTÁ CUBIERTO. AUTORIZACIONES PREVIAS, LIMITES Ó EXCEPCIONES PODRIAN APLICAR.
 ♣ COPAGOS Y LIMITES DEL PLAN NO APLICAN A NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.
 ☼ IGUAL=LOS MISMOS LIMITES QUE LOS DEL PROGRAMA DE CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID.
 ▲ LIMITES NO APLICAN PARA QUIMIOTERPIA Ó MEDICAMENTOS PARA EL HIV/SIDA.
 ■ LIMITES NO APLICAN PARA DISPOSITIVOS ORTÓTICOS NI PRÓTESIS DE MÁS DE \$3,000 NI PARA SILLAS DE RUEDAS MOTORIZADAS.
 ♦ PUEDE QUE OBTENGA MAS VISITAS SI SON APROBADAS ANTES DE RECIBIR EL SERVICIO.

Los copagos y límites en la lista de abajo NO APLICAN a niños ni a mujeres embarazadas. Todos los servicios médicamente necesarios están cubiertos para niños y mujeres embarazadas.

PLANES MÉDICOS	Molina Healthcare of Florida, Inc.		Better Health, LLC.		
INFORMACIÓN DE CONTACTO	866-472-4585 www.molinahealthcare.com		800-514-4561 www.betterhealthflorida.com		
BENEFICIOS	Usted paga	Límite del plan♣	Usted paga♣	Límite del plan♣	
Ambulancia	\$0	Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	
Cirugía ambulatoria		24 visitas / año	\$1 / visita	24 visitas / año	
Servicios de quimioterapia		1 visita / día	\$3 / visita	1 visita / día	
Quiropráctico		dentaduras / emergencias	5% de coaseguro	dentaduras / emergencias	
Clínica (FQHC, RHC)		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	
Servicios dentales		1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años		1 dispositivo / 1 evaluación cada 3 años	
Servicios de diálisis		60 visitas / de por vida♦	\$2 / visita	60 visitas / de por vida♦	
Equipos médicos duraderos ■		45 días combinados^	\$3 / admisión	45 días combinados^	
Sala de emergencia		Lea Abajo^	\$3 / visita	Lea Abajo^	
Servicios de audición			\$1 / día		
Servicios de cuidado de la salud en el hogar			\$0		
Paciente hospitalizado		☀IGUAL	\$2 / visita	☀IGUAL	
Cirugía en hospital como paciente externo		\$1,500 / año combinados	\$3 / visita	\$1,500 / año combinados	
Laboratorio / Radiografías		17 recetas / mes	\$0	17 recetas / mes	
Maternidad / Servicios de planificación familiar		24 visitas / año		24 visitas / año	
Servicios de salud mental		1 visita / día	\$2 / visita	1 visita / día	
Servicios de HOSPITAL como paciente externo (No emergencia)		Lea Abajo^	\$0	Lea Abajo^	
TERAPIA como paciente externo (física / respiratoria)		\$1 / viaje	\$2 / visita	Lea Abajo^	
Farmacia ▲		2 pares de espejuelos^		2 pares de espejuelos^	
Podiatra					
Médico de atención primaria / ARNP / PA					
Médico especialista					
Servicios de trasplante					
Transporte no de emergencia					
Servicios de la vista					
SERVICIOS ADICIONALES	Servicios dentales para adultos – Exámenes anuales / Radiografías / Tratamientos de fluoruro (cada 6 meses) Farmacia sin receta - \$25 por familia al mes Servicios de la vista para adultos – exámenes y espejuelos ilimitados, si es médicamente necesario				
Comuníquese con el plan para obtener más detalles					

▲ ESTE BENEFICIO ESTÁ CUBIERTO. AUTHORIZACIONES PREVIAS, LIMITES Ó EXCEPCIONES PODRIAN APLICAR.

♣ COPAGOS Y LIMITES DEL PLAN NO APLICAN A NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.

☀ IGUAL=LOS MISMOS LIMITES QUE LOS DEL PROGRAMA DE CARGO POR SERVICIO DE MEDICAID.

▲ LIMITES NO APLICAN PARA QUIMIOTERPIA Ó MEDICAMENTOS PARA EL HIV/SIDA.

◆ LIMITES NO APLICAN PARA DISPOSITIVOS ORTÓTICOS NI PRÓTESIS DE MÁS DE \$3,000 NI PARA SILLAS DE RUEDAS MOTORIZADAS.

♦ PUEDE QUE OBTENGA MAS VISITAS SI SON APROBADAS ANTES DE RECIBIR EL SERVICIO.

HOSPITALES EN EL CONDADO DE BROWARD

Cada plan está afiliado con muchos hospitales, incluyendo hospitales para niños, hospitales para la salud mental, y muchos más. Si su hospital no está en la lista, llame a un Consejero de Opciones para saber con cuáles planes su hospital está afiliado.

<div style="text-align: center;"> <p>PLANES MÉDICOS</p> <p>HOSPITALES</p> </div>	Universal Health Care	Preferred Medical Plan, Inc.	South Florida Community Care Network	Total Health Choice	AMERIGROUP Community Care	Access Health Solutions	Freedom Health	Humana Family	Children's Medical Services	Molina Healthcare of Florida, Inc.	Better Health, LLC.
Broward General Medical Center	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cleveland Clinic Hospital											
Coral Springs Medical Center	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Florida Medical Center	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	
Holy Cross Hospital					✓		✓	✓			
Imperial Point Medical Center	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Memorial Healthcare System - Incluye los siguientes hospitales: Memorial Regional Hospital , Memorial Hospital West , Memorial Hospital Miramar, Memorial Hospital Pembroke, Memorial Regional Hospital Memorial Regional Hospital South		✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓
North Broward Medical Center	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NorthWest Medical Center		✓		✓	✓		✓	✓			
Plantation General Hospital		✓		✓	✓		✓	✓			
University Hospital		✓		✓	✓		✓	✓			
Westside Regional Medical Center		✓		✓	✓		✓				
<p style="text-align: center;">Esta lista podría cambiar. Comuníquese con un Consejero para obtener más información.</p>											

