

Cómo cambiar u optar por no participar en su Plan de Atención Administrada de Medicaid

Todos los inscritos en Medicaid tienen derecho a elegir el plan de atención administrada que sea mejor para ellos.

→ ¿Cuándo me asignarán a un plan de atención administrada?

A partir del 1 de febrero de 2025, todas las personas inscritas en Medicaid de Florida, excepto por un grupo pequeño, serán asignadas automáticamente por la Agencia para la Administración de la Salud (AHCA) a un plan de atención administrada.

→ ¿Y si quiero cambiar mi plan de atención administrada?

Una vez asignado, usted tiene 120 días para elegir otro plan si no está de acuerdo con el que le asignan. Puede elegir un nuevo plan contactando [Consejeros de Opciones de AHCA](#) o seleccionando el plan a través del [portal en línea de Consejeros de Opciones](#).

Si quiere cambiar de plan, primero deberá confirmar con AHCA Choice Counseling si sus proveedores actuales están dentro de la red con el nuevo plan.

→ ¿Qué hago si pasa la fecha límite para cambiar mi plan?

Después de 120 días, para cambiar de plan, usted debe establecer una "causa justificada" para cambiar. Las razones de buena causa están a continuación y también puede encontrarlas en la regla "Final" [en este enlace](#).

Una *estrella* junto a la razón significa que primero debe presentar una queja ante su plan antes de poder cambiar, a menos que el inscrito esté en riesgo inmediato de sufrir un daño permanente a su salud.

Una explicación de cómo presentar una queja se encuentra en el Manual del Miembro de su plan, que está disponible en línea.

- El plan no cubre el servicio que solicita el inscrito debido a objeciones morales o religiosas.
- El proveedor residencial o institucional del inscrito cambia de estar dentro de la red a fuera de la red bajo el plan, lo que te obliga a cambiar de proveedor.
- La inscripción es fraudulenta.
- El beneficiario necesita que los servicios relacionados se realicen simultáneamente, pero no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red del plan, y el proveedor de atención primaria del inscrito, u otro proveedor, ha determinado que recibir los servicios por separado expondría al inscrito a un riesgo innecesario. *
- Baja calidad de atención. *
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato del plan con AHCA, incluyendo la falta de acceso a servicios especializados médicamente necesarios. *

- Existe una falta de acceso a proveedores de planes con experiencia en atender las necesidades sanitarias del inscrito.
- El inscrito sufre un retraso o negación de servicio injustificado. Un retraso en el servicio podría considerarse irrazonable cuando supera los plazos de espera establecidos en el contrato (véase el estándar de 60 días para un especialista más abajo). Una denegación de servicio sería irrazonable si, por ejemplo, un servicio previamente autorizado como médicamente necesario es denegado sin una nueva evaluación.

Nota: si quieres cambiar a un plan especializado, como CMS, puedes hacer ese cambio en cualquier momento siempre y cuando el inscrito cumpla los criterios de elegibilidad para el plan especializado.

Algunos inscritos tienen derecho a "excluirse" de la atención gestionada.

→ ¿Quién debe participar en la atención gestionada?

La mayoría, pero no todos, los inscritos en Medicaid en Florida deben participar en la atención administrada.

Quienes pueden optar por no participar en la atención administrada se conocen como "voluntarios" e incluyen los siguientes grupos:

- Aquellos inscritos en la exención de iBudget
- Los que están en la lista de espera de iBudget
- Aquellos que tienen Medicaid como seguro médico secundario (excepto Medicare)
- Aquellos que viven en un grupo para personas con I/DD
- Quienes reciben Cuidados Prolongados Pediátricos Prescritos (PPEC)

→ Si no tengo que participar en la atención administrada, ¿cómo puedo optar por no participar?

A partir del 1 de febrero de 2025, las personas, incluidas aquellas de un grupo "voluntario", serán inscritas automáticamente en un plan de atención administrada.

Para optar por no participar en la atención gestionada porque usted está en un grupo "voluntario", puede contactar a [Consejeros de Opciones de AHCA](#) o acceder al [portal en línea](#).

Si su plan y la AHCA le niegan la oportunidad de participar, puede solicitar una apelación ante la Unidad de Audiencia de Medicaid de la Agencia para la Administración de la Salud (AHCA).

Para orientación sobre el proceso de apelación, consulte nuestro folleto [Cómo presentar una solicitud de Medicaid Managed Care Apelación](#).