FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

GUÍA DE DEFENSORES:

EXENCIÓN DE MEDICAID PARA CUIDADOS A LARGO PLAZO EN FLORIDA

6.ª Edición
2025

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla de Contenidos i

Reconocimientos iii

Sección Primera: Introducción 1

¿Por qué esta guía? 1

Objetivo de la guía 1

Sección Segunda: Contexto 2

¿Qué son las exenciones de Medicaid? 2

Historia y situación actual de la exención de cuidados a largo plazo en Florida. 3

Sección Tercera: Resumen de la Exención 5

DIFERENTES AGENCIAS 5

POBLACIONES EXENTAS DE LTC (LTC: EL PROGRAMA DE CUIDADOS A LARGO PLAZO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) 6

Otras poblaciones y programas de HCBS (HCBS: Servicios de Atención en el Hogar y la Comunidad por sus siglas en inglés) 7

FUNCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA 7

Sección Cuarta: Criterios de Elegibilidad para la Exención de LTC 8

Clínico 8

Financiero 8

Sección Quinta: ¿Cuál es el Proceso de Solicitud? 9

Pasos para la solicitud 9

Avisos posteriores a la revisión 13

Sección Sexta: ¿Qué ocurre si la solicitud es denegada o se retrasa? 20

Evaluación inicial/rango de prioridad después de salir de la lista de espera 20

Sección Séptima: Inscripción en el Plan 20

Elegir un Plan 20

Sección Octava: Cambio/Cancelación del Plan 22

"Buena Causa" 23

Sección Novena: Planificación de la Atención 24

Contacto Inicial 24

Proceso de Planificación Centrado en la Persona 25

Plan de Atención Centrado en la Persona 26

Evaluación Complementaria 27

Función de la Gestión de Casos 28

Re-evaluación 29

Servicios Dirigidos por los Participantes 29

Sección Diez: ¿Qué servicios están cubiertos? 30

Sección Once: ¿Cuándo deben prestarse los servicios cubiertos?.....30
Sección Doce: ¿Cuáles son los requisitos para acceder y mantener la cobertura?..... 33
Estándares de acceso puntuales 33
Sección Trece: ¿Qué ocurre si se deniegan, retrasan, reducen o cancelan los servicios?.....36
Presentar una queja ante la AHCA.....36
Quejas, apelaciones y audiencias justas 37
¿Qué es una determinación de beneficio adverso (ABD por sus siglas en ingles)?.....39
¿Qué requisitos de notificación se aplican?.....40
Audiencias Justas 42
Sección catorce: otros recursos para defensores/consumidores..... 45
Sección quince: Resumen de la Autoridad Competente.....46
Apéndice.....49
Apéndice, artículo 1: Abreviaturas.....50
Apéndice, artículo 2: Servicios.....51
Apéndice, artículo 3: Plan de Atención.....52
Apéndice, artículo 4: Formulario de Evaluación Complementaria..... 61
Apéndice, artículo 5: Aviso sobre plantillas..... 62
Apéndice, artículo 6: Ejemplo de designación de representante autorizado para una audiencia justa de Medicaid..... 68

Reconocimientos

Noviembre 2025 (6.ª Edición)

Reconocimiento Actualizado:

Las guías para defensores deben actualizarse periódicamente: las leyes cambian, las normas cambian, los documentos de exención se actualizan y los contratos de atención médica gestionada se modifican. Por lo tanto, estamos profundamente agradecidos a la Fundación Borchard, cuyo generoso apoyo a mi beca de dos años ha hecho posible esta sexta edición.

También queremos expresar nuestro agradecimiento a quienes contribuyeron a las cinco primeras ediciones de la guía. Durante los últimos siete años, esta guía ha sido un recurso inestimable tanto para los defensores como para los consumidores a los que prestan servicio, y no habría podido crearse ni mantenerse sin la dedicación de todas las personas involucradas.

Para esta sexta edición, queremos dar las gracias personalmente a Kassidy Caride, una estudiante de Derecho cuya minuciosa atención a la edición y la verificación de citas ha mejorado enormemente su precisión.

Nicole La Roque, Florida Health Justice Project, becaria del Centro Borchard sobre Derecho y Envejecimiento 2024-2026.

Julio 2022 (5.ª Edición)

Reconocimiento Actualizado:

Las guías para defensores deben actualizarse periódicamente: las leyes cambian, las normas cambian, los documentos de exención se actualizan y los contratos de atención médica gestionada se modifican. Por ello, estamos profundamente agradecidos a Naomi Stanhaus y a la Fundación RRF para el Envejecimiento, cuyo generoso apoyo ha hecho posible la actualización periódica de esta guía.

También estamos profundamente agradecidos a Alliance for Aging y a la Fundación RRF para el Envejecimiento por apoyar la producción de un vídeo para consumidores basado en la guía.

Para esta quinta edición de la guía, estamos profundamente agradecidos a Lara Kimmel, cuya cuidadosa atención a la edición y minuciosa verificación de citas ha sido absolutamente invaluable.

Miriam Harmatz, Directora de Defensoría y Fundadora, Florida Health Justice Project

Melissa Lipnick, Becaria de *Equal Justice Works* de Florida Health Justice Project
Patrocinado por la Fundación del Colegio de Abogados de Florida

Enero 2021 (4.ª Edición)

Reconocimiento Actualizado:

Las guías para defensores deben actualizarse periódicamente: las leyes cambian, las normas cambian, los documentos de exención se actualizan y los contratos de atención médica gestionada se modifican. Por ello, estamos profundamente agradecidos a Naomi Stanhaus y a la Fundación RRF para el Envejecimiento, cuyo generoso apoyo ha hecho posible la actualización periódica de esta guía.

Además, los comentarios de los proveedores y los consumidores aportan información y mejoran toda la guía, incluidos los «Consejos para defensores». Agradecemos a Alliance for Aging, Inc., la Agencia del Área para el Envejecimiento de los condados de Miami-Dade y Monroe, cuyo generoso apoyo nos ha permitido reunirnos con proveedores comunitarios que prestan servicios a residentes mayores que necesitan servicios a domicilio. También estamos profundamente agradecidos al personal de Alliance por dedicarnos su tiempo y aportar sus conocimientos especializados. Junto con los proveedores comunitarios, su experiencia y sus conocimientos prácticos han sido fundamentales para que la Guía sea una herramienta lo más útil y relevante posible. También estamos muy agradecidos al personal de la Agencia de Medicaid de Florida y del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida, que revisaron la Guía y aportaron comentarios esenciales. Como abogados, podemos proporcionar análisis y citas de las múltiples fuentes de autoridad que rigen la exención de LTC (por sus siglas en inglés) de Florida, pero esto no sustituye la experiencia diaria de ayudar a personas frágiles y discapacitadas a obtener los servicios necesarios para permanecer seguras en sus hogares. También estamos profundamente agradecidos a Alliance for Aging y a la Fundación RRF para el Envejecimiento por apoyar la producción de un vídeo para los consumidores basado en la Guía.

También queremos dar las gracias a los estudiantes de Derecho que nos han ayudado enormemente en la preparación de la segunda y tercera ediciones de la Guía: Timothy Loftus, Andrea Faverio y Brett Brummond.

Por último, para esta cuarta edición de la Guía, estamos profundamente agradecidos a Jay Jefferson por el importante trabajo que ha realizado en la creación de una nueva versión basada en la *web*, a Nancy Leichter por su minuciosa revisión, y a Melissa Lipnick, cuya ayuda ha sido absolutamente inestimable.

Miriam Harmatz, Directora Executiva, Florida Health Justice Project

Reconocimiento Original, agosto 2018 (1.ª Edición)

Queremos dar las gracias a Nancy Wright, una destacada experta de Florida en la exención de cuidados a largo plazo de Medicaid del estado, y a Eric Carlson, abogado director de Justice in Aging y destacado experto nacional en servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid y exenciones basadas en el hogar y la comunidad. Esta guía no solo ha sido posible gracias a su trabajo previo, sino que también han dedicado muchas horas a revisar y editar nuestros borradores.

También queremos dar las gracias a nuestras coautoras Jocelyn Armand, directora de defensa de Legal Services of Greater Miami, y Michelle Adams por su inestimable ayuda y apoyo en la preparación de la guía.

También queremos dar las gracias a Valory Greenfield, abogada de Bay Area Legal Services Florida Senior Legal Helpline, y a Anne Swerlick, experta en Medicaid de Florida y analista de políticas sanitarias del Florida Policy Institute, que nos asesoraron para que la guía fuera más útil para los defensores de Florida que prestan servicios a personas mayores que necesitan servicios y apoyos a largo plazo; y a Joseph Schieffer, de A2J (Acceso a la Justicia) y a Alison DeBelder, del Florida Justice Technology Center, que ayudaron a compartir este recurso con la comunidad de defensores de Florida.

Por último, estamos profundamente agradecidos a Sarah Halsell, desarrolladora de servicios jurídicos estatales del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida (DOEA). El compromiso de Sarah para garantizar que los defensores de Florida dispongan de recursos fundamentales, junto con el apoyo financiero de la Administración de los Estados Unidos para la Vida Comunitaria (Administration for Community Living) y los enfoques modelo para los sistemas de asistencia jurídica estatales, han hecho posible esta guía.

Miriam Harmatz, Directora Executiva, Florida Health Justice Project

Katy DeBriere, Directora Legal, Florida Health Justice Project

Sección primera: Introducción

¿Por qué esta guía?

No hace falta decir que las prestaciones sanitarias subvencionadas por el gobierno son fundamentales para las personas mayores con bajos ingresos de Florida, especialmente para aquellas que se encuentran en situación de fragilidad o discapacidad.

Esta guía trata sobre una de las prestaciones sanitarias más importantes para este colectivo: los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), que son esenciales para permanecer en el propio hogar o comunidad en lugar de recibir cuidados en una residencia. También conocidos como «servicios basados en el hogar y la comunidad» (HCBS), estos incluyen servicios que normalmente no están disponibles a través de Medicare o del seguro médico estándar, como los asistentes de cuidado personal y la enfermería privada. A nivel nacional, se espera que la demanda de LTSS siga aumentando a medida que la población envejece, y algunos estados están teniendo dificultades para mantenerse al día[1].

En Florida, los HCBS para adultos están disponibles en el marco del sistema estatal de atención médica gestionada de Medicaid. Los cuidados a largo plazo, que incluyen tanto los cuidados en residencias de ancianos como los HCBS, forman parte del «Programa de cuidados a largo plazo (LTC)» de Florida[2]. Sin embargo, esta guía se centra exclusivamente en la parte del programa LTC que proporciona HCBS, la «Exención LTC». Aunque la exención LTC tiene un límite en el número de personas atendidas y una lista de espera para la inscripción[3], eso no debería disuadir a las personas de solicitarla.

Objetivo de la guía

Esta guía está destinada a los servicios jurídicos y abogados pro bono que prestan

[1] See Reinhard et al., Innovation and Opportunity: A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities, and Family Caregivers, 2023 Edition, AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE (Sept. 28, 2023), http://ltsschoices.aarp.org/sites/default/files/documents/doi/ltss-scorecard-2023-innovation-and-opportunity.doi.10.26419-2Fppi.00203.001.pdf. See generally Florida 2023 Scorecard Report, AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE, http://ltsschoices.aarp.org/scorecard-report/2023/states/florida (ranking Florida 43rd for long-term services and supports).

[2] FLA. STAT. § 409.979 (1); see also Social Security Act § 1915(c), 42 U.S.C. § 1396n(c) (authorizing state Medicaid programs to provide home and community-based services, including services that are not strictly medical in nature, for individuals who would otherwise need care in a nursing home or other institution); 42 C.F.R. § 440.180(b).

[3] FLA. STAT. § 409.979(3)

asistencia a clientes con bajos ingresos, así como a consumidores y litigantes que se representan a sí mismos. Ofrece una visión general de la autoridad que regula la exención de cuidados a largo plazo (LTC) de Medicaid Managed Care en Florida y una hoja de ruta que aborda cuestiones básicas, entre las que se incluyen:

- ¿Quién puede optar a la exención LTC?
- ¿Cómo se solicita?
- ¿Qué hacer si se deniega o retrasa una solicitud?
- ¿Cómo funciona la lista de espera?
- ¿Qué hacer si se cancela la elegibilidad?
- ¿Qué servicios están cubiertos y cómo se elabora el «plan de cuidados»?
- ¿Cómo funciona la atención gestionada?
- ¿Qué hacer si se deniegan, retrasan, cancelan o reducen los servicios?

Sección segunda: Contexto

¿Qué son las exenciones de Medicaid?

En virtud de los programas de exención, los estados pueden «eximir» ciertos requisitos de la Ley de Medicaid con el permiso del gobierno federal. Por ejemplo, un programa de exención permite a los estados proporcionar atención a personas que, de otro modo, no serían elegibles para Medicaid; prestar servicios que, de otro modo, no estarían cubiertos como servicios médicos en virtud de la Ley de Medicaid; o implementar un sistema de atención gestionada. La exención actual de Florida para cuidados a largo plazo funciona a través de dos exenciones separadas autorizadas en virtud de los artículos 1915(b) (para la atención gestionada) y 1915(c) (HCBS) de la Ley del Seguro Social.

La sección 1915(c), que autoriza las exenciones de Medicaid HCBS, fue promulgada por el Congreso en 1983. Las exenciones HCBS permiten a los estados proporcionar servicios de apoyo en el hogar y la comunidad a un número específico de personas como alternativa a la atención institucional. [4] Todas las personas inscritas en una exención de HCBS deben cumplir con un nivel de atención institucional.[5]

Para facilitar estos programas, el gobierno federal puede eximir del cumplimiento de las normas generales de Medicaid que exigen que los programas estén disponibles en todo el estado (lo que se conoce como el requisito de «cobertura estatal») y para todos los grupos elegibles (el «requisito de comparabilidad»), y también ofrecer criterios de elegibilidad financiera más flexibles.[6] Además, la sección 1915(b) de la Ley del Seguro Social otorga a los estados la autoridad para exigir

[4] Social Security Act § 1915(c), 42 U.S.C. § 1396n(c).
[5] Fla. Stat. § 409.979(1)(b).
[6] 42 U.S.C. § 1396a(a)(1), (10)(B), (10)(C)(i).

inscripción en la atención médica gestionada mediante la exención de la disposición de la Ley Medicaid que establece que los beneficiarios son libres de elegir a sus proveedores.[7]

Debido a que los estados pueden limitar la inscripción en las exenciones de HCBS,[8] las personas que cumplen los requisitos clínicos y económicos para recibir HCBS pueden seguir siendo incluidas en una lista de espera. Por el contrario, las personas que cumplen requisitos similares y desean ingresar en una residencia de ancianos no pueden ser incluidas en una lista de espera.[9]

HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA EXENCIÓN DE CUIDADOS A LARGO PLAZO EN LA FLORIDA

En 2011, la Legislatura de Florida estableció un programa estatal integrado de atención médica gestionada para todos los servicios cubiertos, incluida la atención a largo plazo. [10] El nuevo programa estatal incluía el «programa de asistencia médica gestionada (MMA por sus siglas en inglés)» para la prestación de asistencia médica primaria y aguda,[11] y el programa de atención gestionada para cuidados a largo plazo («LTC»).[12]

En un modelo de prestación de atención médica gestionada, el estado contrata a entidades privadas, incluidas organizaciones de atención médica gestionada, para «gestionar» las necesidades de atención médica de sus afiliados utilizando su propia red de proveedores. Estas organizaciones de atención médica gestionada (en adelante, los «Planes») actúan como guardianes para la autorización de servicios y derivaciones a proveedores de la red para los servicios cubiertos.

Tras un período de comentarios públicos, la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA por sus siglas en inglés) presentó dos solicitudes de exención a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), la agencia federal responsable de administrar Medicaid. En 2013, los CMS aprobaron ambas para proporcionar HCBS a través del Programa Estatal de Atención a Largo Plazo de Medicaid (en adelante, la «Exención LTC»).

---

[7] 42 U.S.C. § 1396a(a)(23).
[8] 42 U.S.C. § 1396n(c)(9).
[9] Nursing home services, unlike HCBS, are mandatory under federal and state Medicaid statutes. *Contrast* U.S.C. § 1396a(a)(10)(A)(i) *and* FLA. STAT. § 409.905(8) *with* 42 U.S.C. § 1396n(c)(9).
[10] FLA. STAT. § 409.964.
[11] FLA. STAT. § 409.971.
[12] FLA. STAT. § 409.978.

En 2016, la AHCA solicitó y obtuvo una renovación de cinco (5) años de las exenciones 1915(b) y (c) para continuar con su exención de cuidados a largo plazo (LTC). En agosto de 2021, la AHCA solicitó otra renovación de cinco (5) años de las exenciones 1915(b) y 1915(c).[13,14]

El 1 de abril de 2022, CMS aprobó las solicitudes de renovación, incluyendo un recuento anual no duplicado de 105,111 beneficiarios para el primer año (1) de la exención, con aumentos promedio de 2,700 en cada año posterior de la exención. CMS también aprobó la solicitud de 84,000 como número máximo de participantes atendidos durante el primer año, con un aumento de aproximadamente 2500 cada año a partir de entonces.[15]

CMS aprobó una enmienda a la renovación de la exención de 2022, que entrará en vigor el 1 de abril de 2023. El objetivo de la enmienda solicitada era aumentar «el número de participantes atendidos en cualquier momento del año y el recuento no duplicado de participantes para los años de exención 2 a 5». Para los años 4 y 5, respectivamente, el número permitido de participantes no duplicados es de 128,784 y 133,572, mientras que el número máximo de participantes atendidos en cualquier momento es de 102,175 y 109,492.[16]

---

[13] AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., FLORIDA MEDICAID 1915(B) MANAGED CARE WAIVER LONG-TERM CARE PROGRAM (WAIVER #FL-17) RENEWAL REQUEST, EFFECTIVE 1/1/22–12/31/26 (2021), https://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/federal_authorities/federal_waivers/docs/1915(b)_LTC_Waiver_Renewal_2021.pdf [hereinafter 2021 AHCA 1915(B) APPROVED RENEWAL REQUEST]; AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., REQUEST FOR A RENEWAL TO A §1915(C) HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES WAIVER (DRAFT) (Aug. 9, 2021), https://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/federal_authorities/federal_waivers/docs/1915(c)_LTC_Waiver_Renewal_2021.pdf [hereinafter 2021 AHCA 1915(C) RENEWAL REQUEST].

[14] Florida Health Justice Project (FHJP) and others submitted comments to the state Medicaid Agency and CMS, raising questions and concerns, including, e.g., the over-reliance on natural supports, issues with network adequacy, low wages for direct care providers, transparency, and accountability: FLORIDA HEALTH JUSTICE PROJECT, *Comments regarding Florida's 1915(b)(c) Long-term Care (LTC) Waiver Renewal* (Sept. 16, 2021), https://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2024/02/fhjp_final_comments_on_fl_1915_b_c_renewal_sept.16_2021.pdf.

[15] 2021 AHCA 1915(C) RENEWAL REQUEST, at 24–25, https://ahca.myflorida.com/content/download/11457/file/1915%28c%29_LTC_Waiver_Renewal_2021.pdf. (Note: At the time of publication, the approved 1915(c) waiver application, effective April 1, 2022, was not available on the AHCA website, as the published link redirects to the 1915(b) application.)

[16] AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., REQUEST FOR AN AMENDMENT TO A §1915(C) HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES WAIVER, EFFECTIVE 4/1/23, at 1, 27–28, https://ahca.myflorida.com/content/download/25511/file/1915%20%28c%20%29%20LTC%20a

Las solicitudes de exención, que contienen múltiples términos y condiciones, se publican en línea y se citan a lo largo de esta Guía. Los defensores deben estar familiarizados con estos documentos, ya que proporcionan detalles exhaustivos sobre cómo el Estado gestionará el Programa.[17]La ley federal exige que cada estado administre su programa Medicaid a través de una única agencia estatal.[18] La agencia estatal designada en Florida es la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA).[19]

Por lo tanto, la AHCA es la responsable última de garantizar que la exención LTC cumpla con todos los aspectos de la legislación federal y estatal, incluida la promulgación de las normas administrativas adecuadas y la elaboración de contratos entre la AHCA y los planes que reflejen con precisión los estatutos y reglamentos federales y estatales.

La AHCA administra la exención en colaboración con el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOEA por sus siglas en inglés), que mantiene la lista de espera estatal para la exención LTC y ayuda con la inscripción. El DOEA también es responsable de determinar la elegibilidad clínica a través de su

---

[17] Unlike the Section 1115 Waiver authorizing Florida to implement a statewide mandatory managed care system for Medicaid's general medical services, CMS' approval of the LTC waiver requests under section 1915(c) and 1915(b) does not contain any specific agreement between CMS and the State specifying how the state is required to administer the waiver, also referred to as Special Terms and Conditions (STC).

[18] 42 U.S.C. § 1396a(a)(5); 42 C.F.R. § 431.10.

[19] FLA. STAT. § 409.901(2).

Programa CARES.[20] El Departamento de Niños y Familias (DCF) es responsable de determinar la elegibilidad financiera.[21]

POBLACIONES EXENTAS DE LTC

La ley de Florida de 2011 que establece el programa estatal de atención médica integrada describía que las poblaciones que debían inscribirse incluían a los beneficiarios que necesitaban un nivel de atención de hogar de ancianos y que: 1) tuvieran 18 años o más y fueran elegibles para Medicaid debido a ceguera o discapacidad, o 2) tuvieran 65 años o más y fueran elegibles para Medicaid por su edad.[22] Tras la aprobación de los CMS, los afiliados a cuatro exenciones HCBS existentes pasaron a la exención LTC: (1) la exención para personas mayores/discapacitadas, (2) la exención para vida asistida, (3) la exención para canalización de personas mayores frágiles y (4) la exención para derivación de residencias de ancianos.[23]

En 2017, se aprobó una ley estatal que ordenaba a la AHCA consolidar tres poblaciones adicionales de adultos con exención de HCBS (Proyecto de Atención del SIDA, Traumatismos Cerebrales y Médula Espinal, y Fibrosis Quística en Adultos) en la Exención de Cuidados a Largo Plazo (LTC). De conformidad con la ley, las personas elegibles de cada una de esas exenciones pasaron a la Exención LTC en enero de 2018. [24]

---

[20] *See* FLA. STAT. § 409.979(3) (regarding description of DOEA responsibilities in the LTC Waiver); *see also* AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., FLORIDA MEDICAID 1915(B) MANAGED CARE WAIVER LONG-TERM CARE PROGRAM (WAIVER #FL-17) AMENDMENT REQUEST FOR EXISTING WAIVER, EFFECTIVE 2/1/25–3/31/27, at 5, https://ahca.myflorida.com/content/download/26140/file/FL_Long-Term-Managed-Care_FL-17_2025_Amendment%20PDF%20version.pdf [hereinafter 2025 AHCA REQUEST FOR AN AMENDMENT TO A §1915(B) HCBS WAIVER].

[21] FLA. STAT. § 409.902(1).

[22] FLA. STAT. § 409.979(1).

[23] *See Florida's Waiver Factsheet*, MEDICAID.GOV, https://www.medicaid.gov/medicaid/section-1115-demo/demonstration-and-waiver-list/Waiver-Descript-Factsheet/FL (terminated waivers).

[24] Pursuant to Florida Statute § 409.979(2)(a), 150 individuals from the Adults with Cystic Fibrosis Waiver transitioned, 468 individuals from the Traumatic Brain and Spinal Cord Injury Waiver transitioned, and approximately 1,100 individuals from the Project AIDS Care (PAC) Waiver were transitioned into the LTC Waiver. (Note: Not all individuals in the PAC waiver were transitioned to the LTC. Only those receiving HCBS who met a nursing facility level of care were transitioned into the LTC. Others maintained Medicaid eligibility through an amendment to the 1115 Managed Medical Assistance Waiver that established financial and non-financial eligibility criteria.) *See also* AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., REQUEST FOR AN AMENDMENT TO A §1915(C) HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES WAIVER, EFFECTIVE 12/17/20, at 12, https://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/federal_authorities/federal_waiver

OTRAS POBLACIONES Y PROGRAMAS DE HCBS

PACE:

Los defensores y los consumidores deben conocer los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés). El programa PACE, al igual que el programa de atención gestionada LTC Medicaid, ofrece una alternativa a la atención en centros de enfermería.

Los programas PACE establecen centros para que los beneficiarios de Medicaid o Medicare reciban los servicios cubiertos por dichos programas. A diferencia de la elegibilidad para los servicios de exención de LTC, la admisión en un programa PACE incluye criterios basados en la edad. Para recibir los servicios PACE, los solicitantes deben: 1) tener 55 años o más, 2) vivir en el área de servicio de una organización PACE, 3) necesitar un nivel de atención equivalente al de una residencia de ancianos (certificado por el estado del solicitante) y 4) poder vivir de forma segura en la comunidad con la ayuda de PACE. [25] Los afiliados reciben todos los servicios médicos y medicamentos recetados cubiertos por Medicare y Medicaid en las instalaciones del programa PACE. Los afiliados también reciben transporte, atención domiciliaria, chequeos médicos, visitas al hospital y estancias en residencias de ancianos cuando es necesario. Para las personas que tienen tanto Medicaid como Medicare, la inscripción en el programa PACE está totalmente cubierta financieramente. Aquellos que solo reciben Medicare pagan una prima mensual. [26]

FUNCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA

Como se explica con más detalle a continuación, todos los planes operan bajo el mismo contrato básico con la AHCA, que exige la prestación de servicios cubiertos que sean «médicamente necesarios» para cada afiliado. El gestor de casos, principal punto de contacto entre el afiliado y el plan, ayuda a desarrollar un «plan de atención» y es responsable de proporcionar asistencia continua para obtener los servicios necesarios.[27]

---

s/docs/1915c_Waiver_Amendment_12-17-2020.pdf [hereinafter 2020 AHCA REQUEST FOR AN AMENDMENT TO A §1915(C) HCBS WAIVER].

[25] MEDICARE.GOV, *Who Can Get PACE?*, *PACE*, http://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/other-medicare-health-plans/PACE.

[26] *Id.*, *What Does PACE Cost?*

[27] AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., 2025-2030 MODEL HEALTH PLAN CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B–UPDATE: OCTOBER 1, 2025, LONG-TERM CARE (LTC) PROGRAM, § V E., 13–23, https://ahca.myflorida.com/content/download/27250/file/Exhibit%20II-B%20-Long-Term%20Care%20%28LTC%29%20Program%20Oct%202025.pdf [hereinafter AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B].

SECCIÓN CUARTA: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA EXENCIÓN DE LTC

CLÍNICO

Para cumplir con los requisitos clínicos, los solicitantes deben necesitar un «nivel de atención de centro de enfermería». [28] La determinación de si el solicitante necesita atención en un centro de enfermería (también denominada «determinación del nivel de atención») se realiza mediante el programa de Evaluación y Revisión Integral de los Servicios de Cuidados a Largo Plazo (CARES). [29]

FINANCIERO

La elegibilidad financiera la determina el Departamento de Niños y Familias (DCF) de conformidad con las normas de Medicaid relacionadas con el SSI.[30] Si un solicitante de la exención LTC ya es elegible para Medicaid porque recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Medicaid por motivos de edad o discapacidad (MEDS-AD, por sus siglas en inglés), el DCF no necesita una nueva solicitud.

El límite de ingresos para 2025 para los programas de exención HCBS es el 300 % del límite de ingresos del SSI (o tasa de prestaciones federales), es decir, $2,901 dólares al mes por persona.[31] Los solicitantes de la exención LTC cuyos ingresos superen esta cantidad pueden seguir reuniendo los requisitos si crean un fideicomiso de ingresos cualificado (QIT) que reciba los ingresos mensuales «excedentes» de la persona.[32] El límite de activos

[28] FLA. STAT. § 409.985 (3); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.192 (incorporating by reference the Florida *Medicaid Statewide Medicaid Managed Care Long-term Care Program Coverage Policy*); AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., MEDICAID STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE LONG-TERM CARE PROGRAM COVERAGE POLICY (Mar. 2017), at 3, http://ahca.myflorida.com/content/download/5952/file/59G-4.192_LTC_Program_Policy.pdf [hereinafter the LTC WAIVER RULE].

[29] FLA. STAT. § 409.985 (1), (3); *see also* FLA. STAT. § 409.985 (2) (authorizing the Medicaid agency to operate the CARES program through an inter-agency agreement with the Department of Elder Affairs).

[30] FLA. STAT. § 409.902(1); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.712(1)(g); Fla. Admin Code R. 65A-1.713(1)(e).

[31] FLORIDA DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, ESS PROGRAM POLICY MANUAL, APPENDIX A-9 SSI-RELATED MEDICAID COVERAGE GROUPS FINANCIAL ELIGIBILITY STANDARDS: JULY 2025, https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2025-06/Appendix%20A-9%20SSI-Related%20Programs%20-%20Financial%20Eligibility%20Standards.pdf (stating the income limit for a single person is 300% FPL, which is $2,901, plus a $20 disregard) [hereinafter APPENDIX A-9 SSI-RELATED FINANCIAL ELIGIBILITY STANDARDS]; *see also* FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.716(5)(b).

[32] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.713(1)(e) (noting that the establishment of an income trust for purposes of qualifying for HCBS must comply with the requirements set forth in FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.702(15)); *see also* FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, QUALIFIED INCOME TRUST INFORMATION SHEET, https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2023-02/qualified_income_trust_factsheet.pdf.

es de $2000 dólares para una persona y de $3000 dólares para una pareja, excluyendo ciertos activos exentos, como la vivienda familiar o un vehículo.[33] Los solicitantes que reúnen los requisitos para el Programa HCBS para Trabajadores con Discapacidades (WPwD por sus siglas en ingles) tienen estándares financieros más altos, incluyendo un límite de ingresos del 550 % del FBR ($5,319 dólares para una persona en 2025) y un límite de activos individuales de $13,000 dólares [34] No es necesario presentar ninguna solicitud adicional para tener derecho a la cobertura del WPwD.[35]

Consejo para el Defensor
La elegibilidad financiera es complicada, y esta guía no pretende abordar la planificación de Medicaid para personas cuyos activos o ingresos superan los límites de Medicaid, ni para parejas en las que solo uno de los cónyuges necesita Medicaid para cuidados a largo plazo. Estos solicitantes deben consultar a un abogado con experiencia en estos asuntos.

SECCIÓN QUINTA: ¿CUÁL ES EL PROCESO DE SOLICITUD?

PASOS PARA LA SOLICITUD

Paso 1: Haga una cita para la evaluación de la lista de espera prioritaria de exención LTC

Para la mayoría de los solicitantes, el primer paso es ponerse en contacto con su Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC, por sus siglas en inglés) local o con la Línea de Ayuda para Personas Mayores en el 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337). Florida cuenta con once (11) ADRC, y la información de contacto de la oficina correspondiente se puede encontrar en el sitio web del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOEA, por sus siglas en inglés).[36]

---

[33] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.716(5)(a); *see also* APPENDIX A-9 SSI-RELATED FINANCIAL ELIGIBILITY STANDARDS, *supra* note 31.
[34] FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.716(5)(b)1.–2.; *see also* APPENDIX A-9 SSI-RELATED FINANCIAL ELIGIBILITY STANDARDS, *supra* note 31.
[35] AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., FLORIDA MEDICAID WORKING PEOPLE WITH DISABILITIES FREQUENTLY ASKED QUESTIONS, https://ahca.myflorida.com/content/download/11061/file/wpwd_FAQ.pdf.
[36] DEP'T OF ELDER AFFAIRS, AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRCS), https://elderaffairs.org/resource-directory/aging-and-disability-resource-centers-adrcs/ (updated Sep. 29, 2023).

Consejo del Defensor
Indique directamente al ADRC que desea solicitar el programa de exención LTC. Las personas con discapacidades cognitivas o relacionadas con la comunicación pueden solicitar una «modificación razonable», como una evaluación en persona. La solicitud de modificación debe realizarse durante la llamada inicial al ADRC y debe ir seguida de una solicitud por escrito.

El Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOEA) tiene un manual en su sitio web que describe los procesos de admisión, selección, priorización, evaluación y gestión de casos.[37]

Algunos ADRC realizarán una evaluación inicial, denominada 701S, en el momento de la llamada, mientras que la mayoría concertará una cita. Algunos ADRC pueden enviar una carta programando una cita telefónica para la evaluación inicial.

Para las personas que ya reciben servicios de la Ley de Estadounidenses Mayores (OAA, por sus siglas en inglés) a través de un proveedor comunitario, también existe una evaluación 701 A. Se trata de una evaluación presencial realizada por la agencia que presta los servicios a domicilio a la persona, como cuidados personales y comidas a domicilio.[38] El formulario 701A recopila muchos de los mismos datos que el 701S y, al igual que este, genera una puntuación de prioridad. La agencia proveedora que completa el formulario 701A lo envía al ADRC. Aunque

---

the links have changed in the past. Please notify info@floridahealthjustice.org if there are problems with the links.)

[37] DEP'T OF ELDER AFFAIRS, PROGRAMS AND SERVICES HANDBOOK CHAPTER 2: INTAKE, SCREENING, PRIORITIZATION, ASSESSMENT, AND CASE MANAGEMENT (2020), https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/2020-chapter-2-intake-screening-prioritization-assessment.pdf.

[38] The 701A Condensed Assessment, incorporated by reference in FLA. ADMIN. CODE R. 58A-1.010, is based upon the 701B Comprehensive Assessment. Local programs complete the 701A assessment tool as an eligibility requirement before rendering a service funded by the local ADRC. It is administered face-to-face to non-case-managed clients in local OAA (Older Americans Act) programs. *See* FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, 701A CONDENSED ASSESSMENT (2013), https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/701A_Condensed_Assessment-1.pdf. Note: The 701A assessment tool lacks an accompanying instructional tool. However, the 701D Instructions, which serve as a guide for completing the 701B assessment tool, can be used as a guide, as the 701A is based on the 701B. *See* FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, 701D INSTRUCTIONS (2013),

https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/701d-assessment-instructions.pdf.

El formulario 701A se completa en persona y genera una puntuación de prioridad, pero el ADRC sigue estando obligado a administrar el formulario 701S.

Paso 2: Evaluación 701S y priorización de exenciones

La evaluación telefónica de necesidades del ADRC utiliza el formulario de selección 701S.[39] Este formulario otorga una «puntuación de prioridad» que mide tanto la necesidad de asistencia del solicitante como los recursos de cuidados disponibles en la actualidad.[40]

El entrevistador solicitará información que incluye: si el solicitante vive solo o tiene un cuidador; el estado de salud del cuidador y su capacidad para continuar brindando cuidados; el estado de salud actual del solicitante y cómo se compara con el año anterior; cómo la salud del solicitante puede limitar sus actividades preferidas; la asistencia necesaria para las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL, por sus siglas en inglés); [41] y los recursos sanitarios disponibles para el solicitante, incluido el acceso a la asistencia sanitaria y a los medicamentos.[42]

Consejo del Defensor
Dado que el formulario 701S evalúa tanto la necesidad de asistencia del solicitante como los recursos de cuidados disponibles en la actualidad, es fundamental destacar exactamente lo que el solicitante no puede realizar de forma independiente, ser realista sobre lo que un cuidador puede hacer de forma constante y subrayar cualquier pregunta o inquietud sobre la sostenibilidad del cuidador. También es importante escuchar y responder cada pregunta con atención y solicitar aclaraciones cuando sea necesario. [43]

[39] FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, 701S SCREENING FORM (2013), https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/701S_Screening_Form.pdf.

[40] FLA. STAT. § 409.979(3)(a); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(3)(a).

[41] *See generally* LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, at 1–2 (defining ADLs in § 1.3.1 as including, e.g., bathing, dressing, eating, toileting, transferring, maintaining continence; and IADLs in § 1.3.9 as including those activities necessary to allow the individual to function independently, e.g., grocery shopping, laundry, light paperwork, money management, and transportation).

[42] 701S SCREENING FORM, *supra* note 39.

[43] It may be helpful to review the 701D INSTRUCTIONS, *supra* note 38 (providing standardized instructions for assessors completing the 701B), and the FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, *701B Webinar*

Training (Feb. 3, 2021), https://www.youtube.com/watch?v=XpEpVgs2zdo.

Una vez completado el formulario 701S, el ADRC calculará la puntuación de prioridad y asignará un nivel o categoría basado en la fragilidad, denominado «rango».[44] La puntuación de cada persona se calcula mediante una matriz.[45] Las personas reciben prioridad para los servicios de exención de LTC en función de su puntuación y rango:

- Rango 1: 0-15.
- Rango 2: 16-29.
- Rango 3: 30-39.
- Rango 4: 40-45.
- Rango 5: Mayor o igual que 46.

Grupos designados que se saltan los pasos 1 y 2:

La Legislatura de Florida, en la Sección 409.979(3)(f), especificó tres (3) categorías de personas que tienen derecho a inscripción prioritaria para servicios domiciliarios y comunitarios bajo la Exención de LTC. [46] Las personas que se describen a continuación no tienen que completar la evaluación de selección 701S ni el proceso de lista de espera si cumplen con todos los demás requisitos de elegibilidad del programa LTC:

- Una persona de 18, 19 o 20 años de edad que padece una enfermedad o afección crónica debilitante en uno o más sistemas fisiológicos u orgánicos, lo que generalmente la hace dependiente de supervisión o intervención médica, de enfermería o sanitaria las 24 horas del día.[47]

- Un residente de un centro de enfermería que solicita la transición a la comunidad y que ha residido en un centro de enfermería especializada con licencia de Florida durante al menos 60 días consecutivos.

---

[44] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(3).

[45] FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, DOEA PRIORITY SCORE CALCULATION (Nov. 2014), https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/DOEA_Priority_Score_Calculation.pdf.

[46] FLA. STAT. § 409.979(f).

[47] *See Jones et al. vs. Agency of Health Care Admin* (2022) (a case where AHCA was compelled to take comprehensive corrective action after a petition from FHJP and Disability Rights Florida, following the improper denial of a 20-year-old Medicaid beneficiary's request to bypass the 55,000-person waitlist and be immediately enrolled into Florida's LTC Waiver program. The corrective action ensures that medically fragile Medicaid youth do not experience a break in coverage of critical medical services). Press release is available on FHJP's website:

https://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2025/02/Jones-Press-Release.pdf.

- Una persona que ha sido remitida por el Departamento de Niños y Familias, de conformidad con la Ley de Servicios de Protección para Adultos, secciones 415.101-415.113, como persona de alto riesgo y que ha sido ingresada en un centro de asistencia temporalmente financiado por el Departamento de Niños y Familias.

La norma de Medicaid da prioridad a las personas de conformidad con la sección 409.979. Además, la norma especifica tres (3) categorías de personas que figuran por encima del rango 5.[48] Entre ellos se incluyen:

- Rango 6: Derivación por superación de la edad máxima (personas en programas de discapacidad que alcanzan la edad máxima para esos programas).
- Rango 7: Riesgo inminente.
- Rango 8: Derivación de alto riesgo a los Servicios de Protección de Adultos

Según la normativa estatal, se define «riesgo inminente» como una persona que vive en su hogar o en un entorno comunitario y que cumple las siguientes condiciones: incapacidad para cuidar de sí misma debido al deterioro de su salud mental o física; ausencia de un cuidador capaz; y probabilidad de ingreso en un centro de cuidados en el plazo de un mes, o muy probable en el plazo de tres meses.[49]

Consejo del Defensor
Si un solicitante corre un riesgo inminente de ser ingresado en una residencia de ancianos, es importante describir detalladamente al evaluador 701S cómo cumple la persona cada uno de los requisitos de la definición.

AVISOS POSTERIORES A LA REVISIÓN

Antes de 2020, la ley establecía que, tras la evaluación de un solicitante, se le enviaría una notificación por escrito, incluyendo información sobre su derecho a apelar la puntuación y la clasificación obtenidas en la evaluación. En la práctica, las notificaciones varian en todo el estado y no se proporcionan de manera uniforme.

En 2020, la Legislatura de Florida modificó la ley para establecer que la notificación posterior a la evaluación se enviaría tras la finalización de la evaluación o la reevaluación, «**a menos que la persona tenga una puntuación de prioridad baja»**

[48] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(3)(b).

[49] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(2)(e).

(énfasis añadido). La «puntuación baja» (también denominada «rango de prioridad baja») no se definió en la ley.[50]

Tras este cambio en la ley, la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) inició los trámites administrativos para promulgar una nueva norma que definiera qué se considera una puntuación «alta o baja», qué se incluiría en la notificación a las personas con una «puntuación alta» (o rango de alta prioridad) y especificara qué notificación, si la hubiera, se enviaría a las personas con una «puntuación baja». [51]

La norma de la AHCA, que entrará en vigor el 20 de julio de 2021, define una prioridad «baja» como un 1 o un 2, y una prioridad «alta» como un 3 o más. En respuesta a los comentarios públicos del Florida Health Justice Project y otros, las normas definitivas de la Agencia establecen que todas las personas que completen el proceso de selección recibirán una notificación por escrito, incluidas aquellas con una puntuación baja. La notificación, del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOEA), informará a la persona de lo siguiente:

1. El rango de prioridad de la persona;

2. Información de contacto de los Centros de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC);

3. Instrucciones para solicitar una audiencia administrativa imparcial;

4. Instrucciones para solicitar una copia de la herramienta de evaluación completada, que incluye la puntuación de prioridad; e

5. Instrucciones para solicitar una nueva evaluación. La persona, o su representante autorizado, puede solicitar una nueva evaluación debido a un cambio significativo en su condición.

6. Para las personas con un rango de prioridad alto, notificación de la inclusión en la lista de espera.

7. Para las personas con un rango de prioridad bajo, notificación de la inelegibilidad para la inclusión en la lista de espera e información sobre cómo encontrar recursos comunitarios disponibles para ayudarlas..

Un cambio significativo, que justifica una nueva evaluación, incluye:

- Un cambio en el estado de salud de una persona tras un accidente o una enfermedad;

[50] FLA. STAT. § 409.979(3)(b).

[51] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193.

- Un cambio real o previsto en la situación vital de una persona;
- Un cambio en la relación con el cuidador;
- Pérdida o daño de la vivienda de la persona o deterioro de su entorno doméstico; o
- Pérdida del cónyuge o cuidador de la persona.[52]

El aviso también incluye un enlace a un sitio web central [53](captura de pantalla a continuación) donde las personas pueden obtener más información sobre el proceso de selección, así como sobre cómo solicitar una copia de los resultados de la selección, solicitar una audiencia justa o presentar una queja.

Consejo del Defensor
Se recomienda a los solicitantes y a sus defensores que soliciten una copia de los resultados de la evaluación antes de solicitar una audiencia justa. Es posible que un ADRC esté dispuesto a realizar una nueva evaluación sin necesidad de una audiencia justa si el solicitante informa al ADRC que las respuestas de la evaluación se registraron incorrectamente.

[52] FLA. STAT. § 409.96.

[53] AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., *Statewide Medicaid Managed Care Long-term Care Program,* https://ahca.myflorida.com/medicaid/statewide-medicaid-managed-care/long-term-care-program.



STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE
LONG-TERM CARE PROGRAM



Providing Long-Term Care (LTC) services to Florida's most vulnerable citizens is a multi-agency effort. The Agency for Health Care Administration (AHCA) administers the Statewide Medicaid Managed Care (SMMC) Long-Term Care program, sets coverage policy, and gets those eligible for services enrolled in a LTC plan. The Department of Children and Families (DCF) is responsible for determining financial eligibility for services. The Department of Elder Affairs (DOEA) is responsible for determining medical eligibility and level of care needed.

AGENCY FOR HEALTH CARE ADMINISTRATION

FLORIDA DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES
MYFLFAMILIES.COM

Department of ELDER AFFAIRS
STATE OF FLORIDA

Step 1: Screening

- Who Can Receive Long-Term Care Services?
- Screening
  - Screening Rescreening
  - Screening Exceptions
- Get a Copy of Your Screening
- Disagree with your Screening Results? You can ask for a Fair Hearing

Step 2: Eligibility

- Wait List Release
  - Priority Scores and Ranks
- CARES Assessment of Long-Term Care Needs
- Become Eligible for Medicaid
- Disagree with the Eligibility Decision? You can ask for a Fair Hearing.

Step 3: Enrollment

- Pick a Long-Term Care Plan
- Find Out About Long-Term Care Services
- Make a Complaint or Ask for a Fair Hearing about LTC Services
- Frequently Asked Questions

Paso 3: Salida de la lista de espera y determinación de la elegibilidad clínica/financiera

El Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DOEA) cuenta con un manual operativo que detalla el proceso mediante el cual las personas son eliminadas de la lista de espera y pasan por el proceso de elegibilidad e inscripción (en adelante, «Manual EMS»).[54]

De conformidad con el Manual del EMS, el DOEA notificará a los ADRC locales cuando se hayan liberado plazas de exención, y el ADRC se pondrá en contacto con las personas incluidas en la lista de liberación.[55]Después de confirmar que la persona aún necesita servicios de cuidados a largo plazo, el ADRC envía una notificación por escrito sobre la liberación de la lista de espera. Esta notificación incluye información sobre el proceso de inscripción, así como instrucciones y plazos para completar los requisitos de elegibilidad.[56]

Elegibilidad clínica y financiera

Tras la salida de la lista de espera, es necesario realizar dos determinaciones: la elegibilidad clínica y la elegibilidad financiera.release from the wait list, two determinations are necessary: clinical and financial eligibility.[57]El programa CARES, administrado por el DOEA, determina la elegibilidad clínica,[58] y el DCF determina la elegibilidad financiera.[59]

---

[54] FLA. STAT. § 409.979(3)(d); FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE LONG-TERM CARE PROGRAM ENROLLMENT MANAGEMENT SYSTEM PROCEDURES MANUAL (providing a detailed description of the process by which individuals are released from the wait list and the eligibility and enrollment process). Note: The most recent manual on DOEA's website is from 2021. The authors of this Guide were provided with the updated manual currently in use, dated July 2025, and it is available here: https://app.box.com/s/rrwbm27cs5cqxpruvcsfprgtwq0rc9hr [hereinafter EMS MANUAL].

[55] EMS MANUAL, *supra* note 54, at 13–15.

[56] *Id*. at 15, 33–56 (containing EMS Release Letter Templates).

[57] FLA. STAT. § 409.979(d); *see also* EMS MANUAL, *supra* note 54, at 16-20.

[58] FLA. STAT. § 409.985.

[59] FLA. STAT. § 409.902(1); FLA. ADMIN. CODE R. 65A-1.205.

Consejo del Defensor
Los defensores y las agencias proveedoras deben saber que si una persona que solicita LTC está recibiendo actualmente servicios de atención médica a domicilio a través del programa Community Care for the Elderly (CCE) y la persona es dada de alta de la lista de espera, pero no completa la solicitud o no cumple con los requisitos financieros y, por lo tanto, se le deniega, es posible que la persona no pueda volver a acceder al CCE de inmediato.

Elegibilidad clínica

Los solicitantes deben pedir a su médico u otro profesional sanitario autorizado que conozca sus necesidades que rellene un Certificado médico para servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid y formulario de traslado de pacientes (también conocido como formulario AHCA 5000-3008)[60]en un plazo de 30 días a partir de la fecha de notificación de la lista de espera.[61]

Tan pronto como el ADRC reciba el formulario AHCA 5000-3008 completo y correcto, se pondrá en contacto con la oficina de CARES y solicitará una determinación del nivel de atención (LOC, por sus siglas en inglés). [62]

TA continuación, el equipo CARES se reunirá con el solicitante y completará una evaluación exhaustiva 701B.[63] Esta evaluación la hace un profesional de la salud con licencia en una reunión cara a cara para asegurarse de que el solicitante cumple con los requisitos médicos para la exención de LTC.[64] Para aquellos solicitantes que cumplen con los requisitos de nivel de atención de un hogar de ancianos, el equipo CARES asigna al solicitante a uno de los tres (3) niveles:

Nivel de atención 1: solicitantes que residen en un centro de enfermería o que deben ser ingresados en uno.

---

[60] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.045(4); *see also* FLA. DEP'T OF ELDER AFFAIRS, INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE MEDICAL CERTIFICATION FOR MEDICAID LONG-TERM CARE SERVICES AND PATIENT TRANSFER FORM (2016), https://elderaffairs.org/wp-content/uploads/instructions-for-completing-the-medical-certification.pdf.

[61] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(3)(h); EMS MANUAL, *supra* note 54, at 17.

[62] EMS MANUAL, *supra* note 54, at 18.

[63] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-4.193(3)(i); FLA. ADMIN. CODE R. 58A-1.010(1)(b).

[64] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 1.3.5, at 1; *see also* 701D INSTRUCTIONS, *supra* note 38.

Nivel de atención 2: solicitantes con riesgo inminente de ingreso en una residencia de ancianos, como lo demuestra la necesidad de disponer constantemente de tratamiento y cuidados médicos y de enfermería rutinarios, y que requieren cuidados y servicios sanitarios extensivos debido a una incapacidad mental o física.

Nivel de atención 3: solicitantes con riesgo inminente de ingreso en una residencia de ancianos, como lo demuestra la necesidad de disponer constantemente de tratamiento y cuidados médicos y de enfermería rutinarios, que tienen una necesidad limitada de atención y servicios relacionados con la salud y que padecen una discapacidad médica o física leve.[65]

Elegibilidad financiera

Una vez que se determina el nivel de atención y se presenta la solicitud DCF ACCESS, el ADRC completará y enviará la Certificación del estado de inscripción en los servicios domiciliarios y comunitarios (también conocida como formulario DCF 2515) al Departamento de Niños y Familias para completar la elegibilidad para la exención de LTC.[66] Las determinaciones de elegibilidad financiera y clínica pueden, y deben, realizarse simultáneamente.

Tl solicitante tiene 45 días a partir de la fecha de la notificación de publicación de la lista de espera para presentar la solicitud de Medicaid.[67]Una solicitud de Medicaid presentada mediante el formulario en papel o a través del portal ACCESS en línea del DCF activa la determinación financiera.

La solicitud ACCESS solicita el nombre del solicitante, su número de la Seguridad Social, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono e ingresos y activos. El DCF también puede exigir la verificación de los ingresos y activos del solicitante, como extractos bancarios, nóminas y documentación sobre la propiedad de activos o ventas recientes. [68]

---

[65] FLA. STAT. § 409.985(3), § 409.983(4).

[66] EMS MANUAL, *supra* note 54, at 19–20.

[67] *Id.* at 17.

[68] FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, *Medicaid Details*, MYACCESS, https://myaccess.myflfamilies.com/Help/HCPDE?identity=medical; *see also* FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 1600 ASSETS (MFAM/MSSI), § 1640.0000,

https://ffic.myflfamilies.com/manual/1630.pdf; FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, PROGRAM POLICY MANUAL 1800 INCOME (MFAM/MSSI), § 1840.0000, http://ffic.myflfamilies.com/manual/1830.pdf.

Consejo del Defensor
No espere hasta obtener toda la verificación de elegibilidad financiera antes de enviar la solicitud DCF ACCESS. Aunque el ADRC puede proporcionar una copia impresa de la solicitud ACCESS, se recomienda a los solicitantes que envíen su solicitud a través del portal ACCESS en línea para facilitar el envío de la documentación y el seguimiento del proceso.

SECCIÓN SEXTA: ¿QUÉ OCURRE SI LA SOLICITUD ES DENEGADA O SE RETRASA?

EVALUACIÓN INICIAL/RANGO DE PRIORIDAD DESPUÉS DE SALIR DE LA LISTA DE ESPERA

Como se ha comentado, tras ser retirados de la lista de espera, se debe comprobar que los individuos cumplen los requisitos clínicos y económicos. Si la evaluación CARES determina que no se cumplen los requisitos clínicos y el individuo desea recurrir, deberá presentar una apelación ante la Agencia Medicaid y el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad.[69]

Si el individuo no resulta elegible según la evaluación financiera realizada por el DCF, este enviará una notificación final sobre la resolución del caso y se deberá presentar una apelación ante la oficina de audiencias del DCF.[70]

SECCIÓN SÉPTIMA: INSCRIPCIÓN EN EL PLAN

ELEGIR UN PLAN

Los solicitantes que reúnan los requisitos y se inscriban en la exención LTC deberán seleccionar uno de los planes de atención médica privada gestionada («Planes») que operan en la región donde residen.

---

[69] There is no current authority in either state statute or rule (or in the EMS Manual) addressing notice and right to appeal if an individual released from the wait list is determined not to meet the requisite level of care. Thus, it would be prudent to appeal to both DOEA and the Agency for Health Care Administration. The authors have requested clarification.

[70] FLA. STAT. § 409.285(1); *see also* FLA. DEP'T OF CHILDREN AND FAMILIES, *How to Request a Public Assistance Hearing*, https://www.myflfamilies.com/about/office-inspector-general/appeal-hearings/how-request-public-assistance-hearing; FLA. HEALTH JUSTICE PROJECT, FLORIDA MEDICAID APPEALS TOOLKIT (Apr. 2024),

https://floridahealthjustice.org/publications/florida-medicaid-appeals-toolkit/.

A partir del proceso de readquisición del Programa Estatal de Atención Médica Administrada de Medicaid (SMMC) de 2018, ya no existen planes independientes de atención a largo plazo (LTC). El estado finalizó su segunda readquisición de planes de salud y dentales en 2024, implementando el programa SMMC 3.0 y sus nuevos contratos en febrero de 2025. Estos contratos estarán vigentes hasta 2030. Los beneficiarios que reúnan los requisitos para recibir servicios de LTC podrán elegir entre un plan Comprehensive Plus o un plan Select Comprehensive en su región. Los beneficiarios que reúnan los requisitos para los programas MMA y LTC deben elegir un plan de salud para todos sus servicios. [71]

Los planes Select Comprehensive proporcionan planes de asistencia médica gestionada (MMA) y servicios de cuidados a largo plazo a los beneficiarios inscritos en los programas LTC. Estos planes no pueden prestar servicios a los beneficiarios que solo tienen derecho a los servicios MMA habituales, y no ofrecen productos especializados a los afiliados de poblaciones especiales (es decir, VIH/SIDA, enfermedades mentales graves o bienestar infantil). Los planes integrales Plus ofrecen tanto servicios de MMA como de LTC, así como productos especializados, a los beneficiarios que reúnen los requisitos. [72]

La AHCA publica un folleto informativo titulado «Snapshot» (Un vistazo rápido) tanto para la atención médica gestionada de LTC como para la atención médica gestionada de MMA, en el que se describen los tipos de planes, las regiones y los planes disponibles en cada región. [73]

Cada una de las nueve regiones de Florida (ahora A-I, anteriormente 1-11) debe tener al menos dos planes de atención médica administrada entre los que elegir para los servicios de atención a largo plazo. También se puede consultar una lista de planes de cada región en Internet o en la ADRC (Centros de Recursos para Personas Mayores y con Discapacidad, o ADRC, por sus siglas en inglés) local.[74]

Al seleccionar un plan, el afiliado debe visitar el sitio web de Statewide Medicaid Managed Care en www.flmedicaidmanagedcare.com o llamar al 1-877-711-3662 para hablar con un asesor. El afiliado también puede chatear en línea con un asesor a través de

---

[71] AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE 3.0 OVERVIEW, AT 2, 44, https://ahca.myflorida.com/content/download/25090/file/Statewide%20Medicaid%20Managed%20Care%20Full%20Deck_05212025%20.pdf.

[72] *Id.* at 41.

[73] AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., A SNAPSHOT OF STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE 3.0, https://ahca.myflorida.com/content/download/25049/file/SMMC_Snapshot.pdf; *see also* STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE 3.0 OVERVIEW, *supra* note 71, at 39, 41, 43.

[74] *See generally* AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTERS (ADRCS), *supra* note 36 (for list of ADRCs and contact information).

el portal para Miembros de Medicaid de Florida o solicitar que un asesor les visite en su domicilio.

Los afiliados serán asignados inicialmente de forma automática a un plan por la AHCA. La agencia solo puede asignar planes que cumplan o superen los estándares de rendimiento y debe tener en cuenta varios factores, entre ellos la capacidad de la red, la relación previa entre el beneficiario y el proveedor, y la accesibilidad geográfica.[75]

Al asignar automáticamente a un afiliado, la Agencia utiliza un proceso que da prioridad a una relación existente con un plan de Necesidades Especiales u otro plan Medicare Advantage, una relación existente con un programa de asistencia médica gestionada (MMA), familiares con el mismo caso, o a un proceso de asignación por turnos.[76]

Después de seleccionar un plan (o ser asignado a uno), el plan realizará una visita inicial. Los requisitos de la visita inicial se enumeran en el contrato entre la AHCA y los planes de LTC e incluyen explicar los derechos y responsabilidades del afiliado, así como finalizar el plan de atención.[77]

Sección Octava: Cambio/Cancelación del Plan

Los beneficiarios pueden solicitar la baja en cualquier momento mediante una solicitud escrita u oral dirigida a la AHCA. Se permite la baja por cualquier motivo dentro de los primeros 120 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción en un Plan.[78]

Pasados 120 días, los beneficiarios solo podrán cambiar de plan por una «buena causa» o durante el período anual de inscripción abierta de 60 días.

---

[75] Fla. Stat. § 409.984(1)(2). Though Florida statute indicates enrollees are auto-assigned a Plan when they do not select a Plan, the authors of this Guide have seen automatic enrollment in a Plan before being given notice to select a Plan. These enrollees can still switch their Plan before the effective date of enrollment or within 120 days of that date. *See* 2021 AHCA 1915(b) Approved Renewal Request, *supra* note 13, at 31–32.

[76] 2025 AHCA Request for an Amendment to a §1915(B) HCBS Waiver, *supra* note 20, at 35.

[77] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.3., at 14–15.

[78] 2025 AHCA Request for an Amendment to a §1915(B) HCBS Waiver, *supra* note 20, at 34. Note: The approved application indicates that the Florida Medicaid Agency (AHCA) gives beneficiaries 120 days

to disenroll for any reason, notwithstanding that the Florida statute and federal regulation specify a 90-day period.

Para cambiar de Plan, los beneficiarios pueden ponerse en contacto con un asesor de opciones llamando al 1-877-711-3662 o solicitar el cambio a través del Portal para Miembros de Medicaid de Florida.[79]

"Buena Causa"

De conformidad con la normativa vigente del estado, los motivos que constituyen causa justificada para la baja y que no exigen que el afiliado intente primero resolver el asunto a través del proceso interno de reclamaciones del plan incluyen, entre otros:

- El Plan no cubre el servicio que solicita el afiliado debido a objeciones morales o religiosas.
- El afiliado tendría que cambiar de proveedor residencial o institucional debido a que dicho proveedor ha pasado a ser un proveedor fuera de la red.
- Inscripción fraudulenta.

Los siguientes motivos también constituyen causas justificadas para la baja del plan; sin embargo, el afiliado deberá primero intentar resolver el asunto con el plan, a menos que se alegue un riesgo inmediato de daño permanente para su salud:

- El afiliado necesita servicios relacionados de forma simultánea, pero no todos los servicios relacionados se encuentran dentro de la red del Plan, y el médico de cabecera u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado expondría al afiliado a un riesgo innecesario.
- Mala calidad de la atención.
- La falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato, incluidos los servicios especializados médicamente necesarios.
- La falta de acceso a profesionales sanitarios con experiencia en atender las necesidades de atención médica del afiliado.
- El afiliado sufrió un retraso injustificado o la denegación del servicio.[80]

---

[79] Agency for Health Care Admin., *Enrolling in a Health Plan*, Statewide Medicaid Managed Care, https://www.flmedicaidmanagedcare.com/health/enroll.

[80] Fla. Admin. Code R. 59G-8.600(3); 2025 AHCA Request for an Amendment to a §1915(B) HCBS Waiver, *supra* note 20, at 35-37; 42 C.F.R. § 438.56; *see also* Fla. Stat. § 409.969(2) (providing that "the Agency may require a recipient to use the plan's grievance process before the agency's determination of good cause….") AHCA has implemented this requirement in Fla. Admin. Code R. 59G-8.600(3)(b).

Sección Novena: Planificación de la Atención

Contacto Inicial

Una vez inscrito, el Plan debe realizar una visita presencial al afiliado en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha de entrada en vigor.[81]

Revisión del Manual

Durante la primera visita presencial, el representante del plan entrega al afiliado la tarjeta de identificación del plan, un directorio de proveedores y un manual para afiliados[82]

De conformidad con la normativa federal, la Agencia Estatal de Medicaid ha elaborado un manual modelo para los afiliados que aborda disposiciones tales como:

- Los servicios (también denominados «beneficios») que ofrece la MCO (Organización de atención médica gestionada, por sus siglas en inglés), incluyendo la cantidad y la duración de los mismos;
- Cómo acceder a los servicios que ofrece la MCO, incluidos los trámites necesarios para obtener la autorización de un servicio prescrito;
- Cómo y dónde obtener los servicios que presta el Estado;
- Cómo se presta el servicio de transporte;
- Qué servicios de emergencia se ofrecen y cómo acceder a ellos;
- Información sobre a qué proveedores puede acudir, incluyendo si puede acudir a un proveedor que no forme parte de la red de su MCO y en qué casos (el término «red» se refiere a aquellos proveedores que se han afiliado a la MCO para prestar servicios a sus afiliados);
- El proceso para presentar reclamaciones si no está satisfecho con su MCO;
- La diferencia entre una queja y una apelación;
- El proceso para presentar una apelación cuando no está de acuerdo con una decisión tomada por la MCO de denegar, reducir o suspender un servicio, y el requisito (con algunas

[81] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.3.a., at 14–15.

[82] *Id.* § V E.3.b., at 15; *see also* 42 C.F.R. 438.10(g) (requiring that the handbook explain key elements of how to effectively use the managed care program).

excepciones) de que su apelación debe dirigirse primero a la MCO antes de apelar ante la Agencia Estatal de Medicaid;

- El derecho a que se mantengan los servicios mientras se resuelve un recurso, en caso de que dichos servicios se reduzcan o se suspendan; y
- El derecho a una audiencia imparcial ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida (AHCA) si la MCO no acepta su apelación.[83]

Explicación del procedimiento de reclamación y apelación

En la primera visita, el representante del Plan explicará los derechos y responsabilidades del afiliado, incluidos los procedimientos para presentar una queja, una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid.[84]

Realización de una evaluación y elaboración de un plan de cuidados

Por último, el Plan debe realizar una evaluación exhaustiva y elaborar el plan de atención centrado en la persona (que se analiza más adelante) en la reunión inicial.[85]

Proceso de Planificación Centrado en la Persona

Tras años de trabajo de promoción, los CMS aprobaron en 2014 una normativa que detalla los requisitos para una planificación «centrada en la persona» en todos los programas de servicios comunitarios y a domicilio (HCBS).[86]

La planificación «centrada en la persona» significa que la persona debe dirigir el proceso «en la mayor medida posible». [87]

---

[83] 42 C.F.R. 438.10(g); Agency for Healthcare Admin., Health Plan Handbook Template for Enrollees with MMA and LTC Benefits, https://ahca.myflorida.com/content/download/25737/file/Attachment%202%20Health%20Enrollee%20Handbook%20Template.docx.

[84] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.3.b.(3), at 15.

[85] *Id.* V E.4., 5., at 16–17.

[86] *See generally* Home and Community-Based Setting Requirements for Community First Choice and Home and Community-Based Services (HCBS), 79 Fed. Reg. 2948, 303-31 (Jan. 16, 2014) (codified at 42 C.F.R. § 441.301(c)).

[87] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.a.(2)(a), at 17.

El proceso tiene como objetivo identificar los puntos fuertes, las capacidades, las preferencias, las necesidades y los resultados medibles deseados de la persona. Se anima a los participantes a tomar decisiones sobre las opciones de servicio y a definir sus metas personales. Además, se les debe permitir invitar a cualquier persona de su elección a participar en el proceso y a brindarles ayuda según sea necesario o lo deseen.[88]

Plan de Atención Centrado en la Persona

De conformidad con este proceso de planificación, los planes deben elaborar un plan de servicios centrado en la persona.89 Se trata de un documento escrito que refleja las necesidades clínicas y de apoyo identificadas a través del proceso de evaluación, las metas y los objetivos centrados en la persona, los servicios y apoyos (remunerados y no remunerados) que ayudarán al afiliado a alcanzar las metas identificadas, y los proveedores de servicios, incluidos los apoyos naturales. [90]

Además, el plan debe tener en cuenta los factores de riesgo del afiliado e identificar las medidas adoptadas para minimizarlos, como planes y estrategias de respaldo personalizados cuando sea necesario.[91]

Es importante destacar que el afiliado o su representante autorizado debe indicar si está de acuerdo o en desacuerdo con cada autorización de servicio, así como revisar y firmar el plan de atención en el momento de su elaboración inicial, en la revisión anual y ante cualquier cambio en los servicios.[92] Además, todas las personas y los proveedores responsables de su aplicación deben firmar el plan de cuidados. [93]

---

[88] 42 C.F.R. § 441.301(c)(1); AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.a.(2)(c), at 17.

[89] 42 C.F.R. § 441.301(c)(2).

[90] 42 C.F.R. § 441.301(c)(2); AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.b., at 17–19.

[91] 42 CFR § 441.301(c)(2)(vi). *See also* AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V D. 2., at 12–13 (discussing contract requirements for service gap identification); E.5.b.(2)(g), at 18 (discussing contract requirements for contingency/back-up plan).

[92] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.b.(4), at 19; *see also* 42 C.F.R. § 441.301(c)(2)(ix), (c)(3).

[93] 42 C.F.R. § 441.301(c)(2)(ix) (requiring that providers responsible for implementing the care plan must sign the plan); s*ee also* AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.b.(7), at 19 (“Plan shall ensure that a copy of the enrollee’s plan of care is forwarded within ten

(10) business days of initial development or any subsequent updates, to the enrollee's primary care provider and, if applicable, to the facility where the enrollee resides. The primary care provider shall

En resumen, el Plan de Atención (o Plan de Cuidados) es el documento escrito fundamental que especifica los servicios y apoyos que se prestarán para satisfacer las capacidades, necesidades y preferencias del afiliado, por ejemplo, para que pueda vivir en su propio hogar.[94]

Consejo del Defensor
Los defensores deben asegurarse de que los afiliados reciban una copia legible del plan de atención para que la revisen antes de firmar. Si un afiliado (o su representante autorizado) no está de acuerdo con alguna parte del plan de atención y los intentos por resolver el problema con el administrador del caso no dan resultado, se debe presentar una apelación. [95] Esto incluye una dependencia excesiva e inadecuada de los recursos naturales (es decir, familiares y amigos que prestan ayuda de forma no remunerada) para proporcionar cuidados y servicios.[96]

Evaluación Complementaria

As part of the comprehensive assessment, the Plans are required to complete a

---

be advised, in writing, of whom to contact with questions regarding the adequacy of the plan of care").

[94] 42 CFR § 441.301(c)(2); AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.5.b., at 17–19.

[95] Language regarding the right to written notice and appeal of the Plan of Care per se is not entirely consistent *vis-à-vis* the LTC Waiver Rule, the current Contract, and the 1915(c) application. The Contract requires that the Plan of Care include an indication by the enrollee or the enrollee's representative that they agree or disagree with each service authorization and review and sign the plan. *See* AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27. The LTC Waiver Rule, *supra* note 28, requires that the Plan of Care be reviewed with the enrollee and include a statement preceding the enrollee's signature attesting that the plan of care has been discussed with and agreed to by the enrollee, and the enrollee understands he/she has the right to request a Fair Hearing *if services are denied or reduced.*" The 2023 AHCA Amendment to a §1915(c) HCBS Waiver, *supra* note 16, at 179, unambiguously provides for the right to written notice and an appeal if the enrollee wishes to challenge any part of the care plan. "*If the enrollee disagrees with the assessment and/or authorization of placement/services (including the amount and/or frequency of a service), the case manager must provide the participant with a written Notice of Adverse Benefit Determination that explains the enrollee's right to file an appeal. The case manager assists the enrollee with filing for an appeal.*"

[96] 42 C.F.R. § 441.301(c)(2)(v) (highlighting the voluntary nature of natural supports as unpaid

supports provided in lieu of formal HCBS waiver services and supports).

Como parte de la evaluación integral, los planes deben completar una «Evaluación complementaria de cuidados a largo plazo» por escrito, y todos los formularios cumplimentados deben conservarse en el expediente del cliente. [97] En el Artículo 4 del apéndice se incluye un modelo de formulario.

Además de indicar el tiempo durante el cual se puede dejar solo al beneficiario sin que corra ningún riesgo, la evaluación debe incluir lo siguiente en relación con los apoyos naturales:

- El papel de cada figura de apoyo natural en la vida cotidiana del afiliado;
- Las responsabilidades cotidianas de cada asistente natural, incluida una evaluación de su trabajo, sus estudios y otros horarios y responsabilidades, además del cuidado del beneficiario;
- El estrés y el bienestar de cada cuidador natural, incluidas las limitaciones médicas o discapacidades que pueda tener y que restrinjan su capacidad para participar en el cuidado de un afiliado (por ejemplo, restricciones para levantar peso, trastornos del desarrollo, reposo en cama por embarazo, etc.); y
- La disposición del cuidador natural a participar en el cuidado del afiliado.

Consejo del Defensor
Si existe alguna duda sobre la idoneidad de los servicios autorizados, se debe solicitar una copia de la evaluación complementaria de cuidados a largo plazo (LTC) al administrador del caso o al coordinador de quejas y apelaciones del Plan.

Función de la Gestión de Casos

La gestión eficaz de los casos es un componente fundamental del programa de exención de cuidados a largo plazo (LTC Waiver), y la sección E del contrato («Coordinación de la atención/Gestión de casos») especifica una serie de funciones de gestión de casos y plazos para el contacto con los afiliados. [98]

Por ejemplo, debe realizarse una visita presencial con el afiliado en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de entrada en vigor de la afiliación. Además, el gestor de casos

[97] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 6.2.1, at 8.

[98] AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § V E., at 13-23; *see also* REQUEST FOR AN AMENDMENT TO A §1915(C) HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES WAIVER, *supra* note 16, at 177–86; 42 C.F.R. § 438.208.

debe reunirse con el afiliado o su representante autorizado al menos cada 90 días (y con mayor frecuencia si se ha producido algún cambio significativo).[99]

Un contrato anterior exigía que el Plan de Atención Médica Gestionada realizara un seguimiento en un plazo de siete (7) días a partir de la reunión inicial para garantizar que los servicios especificados en el plan de atención se hubieran iniciado efectivamente. Desafortunadamente, ese requisito específico ya no se exige de manera individual. En su lugar, el requisito actual del contrato es que el Plan de Atención Administrada inicie los servicios para todos los HCBS a domicilio, para el noventa por ciento (90 %) de la población aplicable, dentro de los siete (7) días posteriores a la visita presencial inicial. El plazo para «iniciar los servicios» se mide desde el día de la visita presencial inicial hasta el día en que se prestan todos los servicios aprobados, o hasta el primer día del mes de inscripción inicial si la visita ocurrió siete o más días antes.[100]

El gestor de casos también se encarga de brindar asistencia continua, lo que incluye identificar los problemas y obstáculos que impiden alcanzar los objetivos, así como documentar las medidas adoptadas para resolverlos lo antes posible. [101]

Re-evaluación

Los Planes de Atención Médica Gestionada deben realizar una reevaluación anual del plan de cuidados del afiliado para determinar si se están satisfaciendo sus necesidades de servicios. La reevaluación podrá realizarse con mayor frecuencia si surge la necesidad. El plan deberá llevar a cabo la reevaluación utilizando los formularios exigidos por la Agencia y el formulario de evaluación complementaria de cuidados a largo plazo (LTC) elaborado por el plan.[102]

Servicios Dirigidos por los Participantes

Durante el proceso de planificación de la atención, los afiliados que vivan en su propio hogar o en el de un familiar pueden optar por «autogestionar» determinados servicios de exención, entre los que se incluyen el acompañamiento para adultos

---

[99] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V E.3.a., at 14–15; 7.a., at 21.

[100] *Id.* § V G.1.c., at 23. Note: There is still liability for failing to follow up within seven (7) days in §XIII, LTC Liquidated Damages, No. 10, at 66.

[101] *Id.* § V E.7.a., at 21.

[102] *Id.* § V E.4., at 16; LTC Waiver Rule, *supra* note 28, § 6.2.1, at 8. A sample Supplemental Assessment Form is included as Appendix Item 4.

la ayuda doméstica, la asistencia personal (enfermería privada), la enfermería intermitente y especializada, y el cuidado personal.

Los participantes que opten por gestionar estos servicios por su cuenta serán responsables de formar a los trabajadores, establecer los horarios de trabajo y enviar las hojas de asistencia al plan.[103] Sin embargo, no son ellos quienes fijan el salario.

La solicitud de exención 1915(c) de Florida reflejaba los objetivos del estado en cuanto al número de participantes que optarán por la «autodirección», comenzando con 10,511 en el primer año y aumentando a 11,599 para el quinto año de la exención. [104]

Sección Diez: ¿Qué servicios están cubiertos?

The Florida Legislature has specified the minimum services that LTC Plans must provide. The state contract requires that MCO Plans also include four (4) additional services: adult companion care; attendant nursing care; assistive care; and homemaker. [105]

A complete list of the services is included in the Appendix as Item 2, and each service is also briefly described in the LTC Rule.[106]

Plans must offer all listed services. None of these services has a limit or cap, beyond the requirement that the service be "medically necessary."

Section Eleven: When must covered services be provided?

Necesidad médica

Para determinar si un servicio cubierto debe prestarse a un beneficiario concreto, incluida la frecuencia (por ejemplo, fisioterapia dos veces por semana), el servicio debe ser «médicamente necesario». Sin embargo, la legislación federal no ofrece una definición de «necesidad médica» para los adultos, ni siquiera en el caso de los servicios HCBS. En su lugar, la normativa federal aplicable se limita a establecer que el servicio debe ser suficiente en cuanto a «frecuencia, duración,

---

[103] 2023 AHCA Request for an Amendment to a §1915(c) Home and Community-Based Services Waiver, *supra* note 16, at 209.

[104] *Id.* at 215.

[105] Fla. Stat. § 409.98; AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V A.2., Table 1, at 8–9.

[106] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 4.2, at 4–8.

y alcance para lograr razonablemente su propósito», [107] y los estados disponen de una gran flexibilidad a la hora de establecer las normas relativas al importe, la duración y el alcance.[108]

Como resultado de un litigio,[109] El programa de exención de cuidados a largo plazo (LTC) de Florida cuenta ahora con dos criterios para determinar la «necesidad médica»: uno para los servicios HCBS y otro para los «servicios mixtos».[110] La norma de «servicio mixto» también se aplica a todos los demás servicios cubiertos por el programa Medicaid, por ejemplo, la hospitalización. Ambas normas se detallan en los recuadros a continuación.

Definición de «necesidad médica» para los servicios comunitarios y a domicilio (HCBS)[111]
1) Debe ser personalizada, específica y coherente con los síntomas o el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión que se está tratando, y no exceder las necesidades del paciente; 2) Tenga en cuenta el nivel de atención que se puede prestar de forma segura y para el cual no existe en todo el estado ningún tratamiento igualmente eficaz que sea más conservador o menos costoso; 3) Estar equipado de una manera que no tenga como objetivo principal la comodidad del destinatario, de su cuidador o del proveedor; 4) Y, una de las siguientes opciones: ● Permitir que el beneficiario mantenga o recupere su capacidad funcional; o ● Permitir que el beneficiario tenga acceso a las ventajas de la vida en la comunidad, alcance objetivos centrados en la persona y viva y trabaje en el entorno que elija.

[107] 42 C.F.R. § 440.230(b).

[108] *See Alexander v. Choate*, 469 U.S. 287 (1985) (holding that Tennessee could "reasonably" limit coverage of inpatient hospital days per year to 11); *Curtis v. Taylor*, 648 F. 2d 946 (5th Cir. 1980) (holding that Florida's rule limiting physician visits to 3/month did not violate federal Medicaid law).

[109] *Parrales et al. v. Dudek*, No. 4:15-cv-424-RH/CAS, 2015 WL 13373978, (N.D. Fla. 2015) (leading to Florida changing the definition rule for LTC supportive services after settlement of a statewide class action brought on behalf of Plaintiffs enrolled in the LTC waiver who were unable to obtain necessary services).

[110] The LTC Waiver Rule defines mixed services as services "that are covered in both the LTC and the Managed Medical Assistance programs. When covered by both the enrollee's LTC and MMA plans, such services are the responsibility of the LTC plan." LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 1.3.15, at 3.

[111] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 1.3.14, at 2–3.

Definición general de necesidad médica en Florida, incluidos los «servicios combinados»[112]

«Médicamente necesario» o «necesidad médica» significa que la atención médica o afín, los productos o los servicios prestados o prescritos deben cumplir las siguientes condiciones:

1) Ser necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad significativa, o aliviar un dolor intenso;
2) Ser individualizados, específicos y coherentes con los síntomas o el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión que se está tratando, y no exceder las necesidades del paciente;
3) Ser coherentes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados según lo determine el programa de Medicaid, y no ser experimentales ni de investigación;
4) Reflejar el nivel de servicio que se puede proporcionar de manera segura, y para el cual no exista un tratamiento igualmente eficaz y más conservador o menos costoso disponible en todo el estado; y
5) Proporcionarse de una manera que no tenga como objetivo principal la conveniencia del beneficiario, del cuidador del beneficiario o del proveedor.

Según la norma revisada para los «servicios de apoyo en el hogar y la comunidad», por ejemplo, la atención de acompañantes para adultos, la atención diurna para adultos y los servicios de ayuda doméstica—, la «necesidad médica» se define de manera más amplia para reconocer el uso de los servicios destinados a satisfacer necesidades funcionales y facilitar el acceso a la comunidad.

Para los «servicios mixtos» (que incluyen todo tipo de cuidados de enfermería, cuidados personales y todas las terapias), sigue siendo aplicable la definición tradicional de necesidad médica.

Otros criterios de cobertura

La norma de exención de LTC comienza con una declaración del objetivo general, es decir, que los planes de las MCO «proporcionen una gama de servicios basados en el hogar y la comunidad que permitan a los afiliados vivir en la comunidad y evitar la institucionalización».[113]

[112] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.010, *Definitions Policy,* § 2.83, at 7. Note: The first condition applies only to recipients aged 21 or older.

[113] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 1.1, at 1.

Este objetivo se refleja en criterios específicos de cobertura, que exigen que los planes cubren los servicios «destinados a permitir que el afiliado resida en el entorno más adecuado y menos restrictivo y en el requisito de una «evaluación complementaria.

Como se ha comentado anteriormente, la evaluación complementaria de LTC, (por sus siglas en inglés) CUIDADO A LARGO PLAZO, un factor clave para decidir la gama de servicios necesarios, debe cuantificar el tiempo que un afiliado puede permanecer solo de forma segura y el tiempo que un cuidador voluntario está dispuesto o es capaz de proporcionar cuidados. Si el afiliado no puede permanecer solo de forma segura y el cuidador trabaja 40 horas a la semana, se debe cuestionar una autorización de solo 15 horas semanales de personal directo.

En consecuencia, además de los requisitos de la evaluación complementaria de LTC, el contrato también impide que los planes ignoren las limitaciones del sistema de apoyo natural del afiliado. Concretamente, las disposiciones del contrato sobre «autorizaciones de servicios» establecen que el plan «no denegará la autorización de un servicio únicamente porque el cuidador esté trabajando o no pueda participar en el cuidado del afiliado debido a sus propias discapacidades médicas, físicas o cognitivas» [116.]

El contrato también exige que los planes «no denieguen los servicios médicamente necesarios para que el afiliado permanezca de forma segura en la comunidad por motivos de costo» [117.]

¿Cuáles son los criterios para acceder a la cobertura y mantenerla?

Acceso oportuno a los serviciso

Para garantizar que los planes proporcionan un acceso oportuno a los servicios, la AHCA debe establecer normas de adecuación de la red para los planes, por ejemplo, el número de proveedores en cada condado. Estos requisitos, junto con las normas de tiempo de desplazamiento, se establecen en el contrato entre cada plan y la AHCA.

[114] *Id.* § 4.2, at 4.

[115] *Id*. § 6.2.1, at 8.

[116] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § V G.1.h. at 24.

[117] *Id.* § V G.1.i., at 24.

[118] Fla. Stat. § 409.982(4); 42 C.F.R. § 438.68.

Para la mayoría de las prestaciones de cuidados a largo plazo, el contrato del plan AHCA/LTC (AGENCIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD/CUIDADO A

LARGO PLAZO) (exige que los planes cuenten con al menos dos proveedores en cada condado. 119 Para los servicios en los que el beneficiario se desplaza hasta el proveedor, por ejemplo, la atención diurna para adultos o la terapia (física, ocupacional, respiratoria), el tiempo máximo de desplazamiento es de 30 minutos en los condados urbanos y de 60 minutos en los condados rurales.120 Por lo tanto, si una persona del condado de Miami-Dade necesita fisioterapia tres veces por semana y el tiempo de desplazamiento hasta un proveedor de la red es de una hora, el Plan ha infringido esta norma. Si el problema no se puede resolver, el beneficiario tiene motivos justificados para darse de baja. Véase la sección octava, supra.

El Contrato Básico (que rige los planes MMA, Comprehensive Plus y Select Comprehensive) también exige que los planes tengan suficientes contratos con proveedores para garantizar que los servicios médicamente necesarios se puedan prestar con «prontitud razonable», tal y como se establece en la Ley de Medicaid. [121]

Coordinación y continuidad de la atención

El contrato de LTC de Florida exige que la MCO cuente con un proceso para «informar inmediatamente de cualquier interrupción imprevista en la prestación del servicio». Como parte de este proceso, el Plan debe preparar un «plan de contingencia y respaldo para interrupciones del servicio» para los afiliados que reciben servicios en su domicilio. Una «interrupción» es la diferencia entre el número de horas requeridas por el Plan de atención y el número de horas realmente prestadas. .[122]

[119] AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § VII C.4., Table 2, at 30–32.

[120] *Id*.; *see also* 42 C.F.R. § 438.206.

[121] AGENCY FOR HEALTHCARE ADMIN., 2025-2030 MODEL HEALTH PLAN CONTRACT ATTACHMENT II- CORE CONTRACT PROVISIONS, § VII A.1.d., at 86, https://ahca.myflorida.com/content/download/27248/file/Attachment%20II-%20-%20Core%20Contract%20Provisions%20Oct%202025.pdf [hereinafter AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II] (citing to the "reasonable promptness" requirement in the federal Medicaid statute at 42 U.S.C. § 1396a(a)(8)). Note: In contrast to the time standards for determining eligibility (45 days for eligibility not dependent upon disability determination and 90 days for determination based on disability), the federal law does not provide numeric standards for what constitutes "reasonable promptness" for services. Thus, disputes have arisen over what is "reasonably prompt" for different services. *See, e.g*., *Doe 1-3 ex rel. Doe Sr. 1-13 v. Chiles*, 136 F. 3d 709 (11th Circ. 1998) (finding reasonable promptness provision at 1396a(a)(8) enforceable and requiring state to establish reasonable waiting list time, not to exceed 90 days for individuals eligible for IXCF/MR care).

[122] AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § V D.2., at 12–13; *see also* 42 C.F.R. § 438.208(b) (2016 federal regulations, which were broadened to ensure that enrollees have access to ongoing sources of all appropriate care, including LTSS).

El plan de contingencia debe informar al afiliado (o a su representante autorizado) sobre los recursos disponibles, incluidos los proveedores de servicios de respaldo de guardia y el «sistema de apoyo informal del afiliado», en caso de que se produzca una interrupción imprevista, como la enfermedad de un proveedor de servicios o un fallo en el transporte.

El «sistema de apoyo informal» no es la «fuente principal» para cubrir una brecha, a menos que sea la elección del afiliado. La MCO debe garantizar que los servicios para cubrir la brecha se presten en un plazo de tres horas. La MCO debe analizar el plan de contingencia con el afiliado, entregarle una copia a él o a su representante, y asegurarse de que el plan se actualice trimestralmente.[123]

Los planes de cuidados a largo plazo también deben incluir «procedimientos específicos» en su Programa de Gestión de la Utilización que incluyan «protocolos para garantizar que no haya interrupciones en la autorización de servicios para los afiliados que requieran servicios continuos». [124]

Consejo del Defensor
Según el contrato, el Plan de atención gestionada debe garantizar que los servicios de cobertura se presten en un plazo de 3 horas. Si la MCO no puede proporcionar un asistente del proveedor contratado, el afiliado tiene derecho a obtener un asistente de otro proveedor de servicios.

Además, para ayudar a garantizar que los afiliados no sufran interrupciones en los servicios críticos de LTC, los planes deben autorizar «terapias de mantenimiento», es decir,tratamientos que sean de apoyo en lugar de correctivos y que eviten un mayor deterioro,durante un período no inferior a seis (6) meses. [125] Para los servicios de menor duración, la autorización debe estar respaldada por una receta del PCP. Si no se requiere receta médica, la decisión debe estar «respaldada por criterios objetivos basados en pruebas». [126]

---

[123] AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § V D.2.d. & i., at 12–13.

[124] *Id*. § V G.2.f., at 25.

[125] LTC WAIVER RULE, *supra* note 28, § 1.3.12, at 2; AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § V G.1.g.(1), at 24.

[126] AHCA MODEL CONTRACT ATTACHMENT II EXHIBIT II-B, *supra* note 27, § V G.1.g.(2), at 24.

Consejo del Defensor
Dado que es posible que los médicos no conozcan esta política de «terapia de mantenimiento» y la posibilidad de recetar medicamentos durante al menos 6 meses para enfermedades crónicas, puede ser útil proporcionar al consultorio del médico una copia de esta disposición del contrato.

Sección Trece: ¿Qué ocurre si se deniegan, retrasan, reducen o cancelan los servicios? [127]

Presentar una queja ante la AHCA

Los afiliados que tengan dificultades para acceder a los servicios o que encuentren otros problemas con su Plan de cuidados a largo plazo pueden presentar una queja oficial ante la AHCA. Estas quejas son revisadas y respondidas por personal cualificado. Además, la AHCA identifica cuestiones que pueden indicar problemas sistémicos. Aunque algunas cuestiones no pueden resolverse a través del portal de quejas y pueden requerir en última instancia una audiencia justa, este proceso informal de quejas no requiere mucho tiempo y puede dar lugar a una resolución rápida.e

• Las quejas pueden presentarse en linea [128] o hablando con un representante de Medicaid llamando al número gratuito 1-877-254-1055.

• El portal en línea de la AHCA ofrece a quienes presentan una queja la opción de permanecer en el anonimato. Sin embargo, si hay un problema que debe resolverse,la persona que presenta la queja debe estar preparada para proporcionar su nombre y una dirección de correo electrónico o número de teléfono, así como la documentación que facilite la comunicación con el personal de la AHCA, por ejemplo, un formulario de nombramiento de representación o una autorización HIPAA.

---

[127] AHCA Model Contract Attachment II, *supra* note 121, § VI, at 77–85 (reflecting grievance, appeals, and fair hearings are the same for LTC as for the state's managed medical assistance (MMA) plans).

[128] Agency for Health Care Admin., *Florida Medicaid Complaints,* https://ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/; *see also* Fla. Health Justice Project, How to File a Complaint Regarding a Medicaid Managed Care Plan, http://floridahealthjustice.org/wp-content/uploads/2024/04/how_to_file_a_medicaid_managed_care_complaint_.pdf.

¿Cuál es la diferencia entre una queja y una apelación?

Cada Plan debe contar con un proceso de quejas y apelaciones que cumpla con las regulaciones federales de atención médica administrada de Medicaid. [129] La principal diferencia entre una queja y una apelación es que una apelación debe presentarse cuando hay una «determinación adversa de beneficios (ABD)», mientras que una queja se presentaría si el afiliado no está satisfecho con el Plan. Por ejemplo, un afiliado podría presentar una queja si un proveedor lo trató de manera grosera. [130]

Presentación y resolución de una queja o apelación ante el Plan

Las quejas y apelaciones pueden presentarse de forma oral o por escrito; sin embargo, una solicitud oral de apelación puede ir seguida de una apelación por escrito, firmada y fechada en un plazo de 10 días (a menos que la solicitud sea para una apelación acelerada).[131] La mejor práctica es presentar una solicitud por escrito al Plan. El manual del afiliado debe proporcionar las instrucciones y la información necesarias tanto para las quejas como para las apelaciones. [132] Además, cualquier notificación de determinación adversa de beneficios debe incluir instrucciones sobre cómo, dónde y cuándo presentar una apelación. (Véase la explicación más adelante).El Plan debe proporcionar una notificación por escrito acusando recibo de la queja o apelación en un plazo de cinco días hábiles. [133]

Apelación acelerada

Los afiliados tienen derecho a una apelación acelerada si la resolución estándar «podría poner en grave peligro la vida, la salud física o mental del afiliado, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad [134]

---

[129] 42 C.F.R. §§ 438.228, 438.56(d)(5); *see also* FLA. ADMIN. CODE R. 59G-8.600(3)(b).
[130] 42 CFR § 438.400(b); Fla. Admin. Code 59G-1.100(2)(b) (defining "Adverse Benefit Determination").
[131] AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, F.1.a., at 80; 42 C.F.R. § 438.406(b)(3).
[132] 42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(xi).
[133] AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, D.2. & F.1.c., at 80–82; *see also* 42 C.F.R. § 438.406 (b)(1).
[134] 42 C.F.R. § 438.410(a); AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, H.1., at 82.

¿Cuáles son los plazos para presentar y resolver reclamaciones y apelaciones, y qué notificación se requiere?

Los plazos de presentación y resolución, tanto para los planes LTC como para los planes MMA, son los siguientes:

- Reclamaciones: pueden presentarse en cualquier momento y deben resolverse en
- un plazo de 90 días.[135]
- Apelaciones estándar: se presentan de forma oral o por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la notificación de la decisión adversa sobre las prestaciones y deben resolverse en un plazo de 30 días. [136]
- Apelaciones aceleradas: deben resolverse en un plazo de 48 horas después de que el Plan de atención médica gestionada reciba la solicitud, ya sea verbalmente o por escrito. [137] El Plan también deberá notificar verbalmente al afiliado antes del cierre de la jornada laboral del día de la resolución, y notificar por escrito en un plazo de dos (2) días naturales a partir de la resolución. [138]

Tenga en cuenta que estos plazos pueden ampliarse si el afiliado solicita una prórroga. Sin embargo, si el Plan solicita una prórroga, deberá demostrar al estado la necesidad de tiempo adicional y por qué la prórroga redundaría en beneficio del afiliado.

¿Cómo garantizar la continuidad de las prestaciones?H

Cuando se cancelan, suspenden o reducen los servicios previamente autorizados de un beneficiario, éste tiene derecho a recibir cobertura continua de los servicios médicos mientras se resuelve la apelación y la audiencia justa. La importancia del derecho a la «ayuda pendiente» para las personas con bajos ingresos fue reconocida por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en el caso Goldberg contra Kelly, 397 U.S. 254, 261 (1970). En consecuencia, los servicios deben continuar si se dan todas las siguientes circunstancias:

- La apelación implica la terminación, suspensión o reducción de un servicio previamente autorizado;
- Los servicios fueron prescritos por un proveedor autorizado;
- El período cubierto por la autorización original no ha expirado; y

---

[135] AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, D.1. & 3., at 78.
[136] *Id*. § VI, F.1.a., j., at 80–82.
[137] *Id.* § VI, H.2., at 82.
[138] *Id.* § VI, H.6., at 83.

- El afiliado solicita oportunamente la continuación de las prestaciones en un plazo de diez (10) días naturales a partir de la notificación del Plan sobre la determinación adversa de las prestaciones. [139]

Si al beneficiario se le proporciona cobertura continuada del servicio y finalmente pierde la apelación, se puede recuperar el costo del servicio. . [140]

Consejo del Defensor
Para garantizar la continuidad de los servicios, la apelación debe ser recibida por el Plan en un plazo de 10 días naturales a partir de la fecha de envío de la notificación de la determinación adversa sobre las prestaciones. Si se acepta la apelación, la solicitud de audiencia justa debe presentarse en un plazo de 10 días naturales a partir de la fecha de envío de la notificación de resolución de la apelación...[141] La solicitud de continuación de los servicios debe realizarse siempre por escrito.

Notificación de la resolución de la apelación
El Plan debe enviar una notificación por escrito de la resolución de la apelación que incluya:

- Los resultados del proceso de resolución y la fecha de finalización; y si el resultado fue completamente favorable para el afiliado, la notificación debe incluir:
  - Información sobre el derecho a solicitar una audiencia justa y cómo hacerlo, y
  - Información sobre el derecho a continuación prestaciones pendientes una determinación definitiva.[142]

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?(ABD por sus siglas en Inglés)?

Las determinaciones adversas sobre las prestaciones incluyen:

- Denegación, reducción, suspensión, terminación o retraso de un servicio previamente autorizado;
- Denegación o autorización limitada de una determinación de servicio solicitada (por ejemplo, se prescribieron 2 horas de terapia del habla a la semana durante 6 meses y el Plan aprobó 1 hora a la semana durante un mes);

---

[139] *Id.* § VI, F.1.e., J.10., at 81–84; 42 CFR 438.420.
[140] AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, J.12., at 84; 42 C.F.R. § 438.420(d).
[141] 42 CFR 438.420(a)(i) & (c)(2).
[142] 42 C.F.R. § 438.408(e); *see also* AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, I., at 83.

- Incumplimiento de la obligación de prestar el servicio de manera oportuna según lo definido por el Estado;[143]
- Incumplimiento por parte de un plan de actuar dentro de los plazos requeridos para la resolución de reclamaciones o apelaciones; y
- Denegación total o parcial del pago de un servicio.[144]

Además, las ABD incluyen la denegación de la solicitud de un afiliado de un servicio fuera de la red si el afiliado vive en una zona rural y solo hay un plan.

¿Es necesario agotar el proceso de apelación del Plan antes de solicitar una audiencia justa?

Sí, los afiliados deben agotar primero el proceso de apelación del Plan. Por lo tanto, solo se puede solicitar una audiencia justa después de que se haya notificado que la determinación adversa sobre los beneficios se ha mantenido (al menos en parte) en el proceso de apelación del Plan. [145]

¿Existen excepciones al requisito de agotamiento?

Sí. Si el Plan no cumple los requisitos de notificación y plazos establecidos en 42 C.F.R. § 438.404(c) (descritos a continuación), se considera que el afiliado ha «agotado» el proceso de apelación del Plan y puede solicitar una audiencia justa estatal.[146]

¿Qué requisitos de notificación se aplican?

El Tribunal Supremo ha reconocido desde hace tiempo la importancia de las notificaciones por escrito como parte del debido proceso procedimental. [147] Las regulaciones federales del Programa Medicaid, que se aplican a todas las audiencias justas (incluidas las de elegibilidad y servicios de atención no gestionada), incluyen requisitos detallados de notificación.[148]

---

[143] However, neither the AHCA Contract with LTC plans nor the 1915(b) waiver request specifies a time standard for obtaining a service (appointment).
[144] 42 C.F.R. § 438.400(b); Fla. Admin. Code 59G-1.100(2)(b) (defining "Adverse Benefit Determination").
[145] 42 C.F.R. § 438.408(f); Fla. Admin. Code R. 59G-1.100 (3)(b)1.; AHCA Model Contract, Attachment II, § VI, J.2., at 83.
[146] 42 C.F.R. §§ 438.402(c)(1)(i)(A), 438.408(c)(3); Fla. Admin. Code R. 59G-1.100(3)(b)2.–3.
[147] *Goldberg v. Kelly*, 397 U.S. 254 (1970).
[148] 42 C.F.R. § 431.210 *et seq*.

Además, las regulaciones federales de 2016 sobre la atención médica gestionada por Medicaid vincularon específicamente los requisitos de notificación del Plan a una «determinación adversa de beneficios» y establecieron requisitos relativos tanto al contenido como al momento de la notificación. [149]

La notificación debe incluir la siguiente información:

- La ABD que se ha realizado;
- Los motivos de la ABD (incluido el derecho a obtener copias gratuitas de todos los documentos pertinentes para la decisión);
- El derecho a solicitar una apelación, incluyendo:
- Información sobre el agotamiento de un nivel de apelación;
- El derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial;
- Proceso de apelación;
- Circunstancias para una apelación acelerada y cómo solicitarla; y:
- Derecho a que se mantengan las prestaciones mientras se resuelve la apelación, incluyendo:
    - Cómo solicitar la continuación de las prestaciones
    - Circunstancias en las que se puede exigir al afiliado que reembolse los
    - costos de dichos servicios.[150]

Además, el aviso debe ser accesible para las personas con discapacidades o con dominio limitado del inglés.[151]

En consecuencia, la AHCA ha elaborado modelos de notificaciones que todos los planes de atención gestionada están obligados a utilizar, incluido un modelo de notificación de una determinación adversa de prestaciones realizada por los planes LTC. [152] Véase el apéndice, Artículo 5.

---

[149] 42 C.F.R § 438.404.

[150] AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI.E,1., 79. *See* Appendix Item 5 for Template Notice.[151] 42 C.F.R § 438.10(d)(6)(iii); *see also* AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE (SMMC) POLICY TRANSMITTAL 18-13 (June 21, 2018), https://ahca.myflorida.com/medicaid/statewide_mc/pdf/plan_comm/PT_18-13_NABDandNPAR-Revised-Templates-Effective-7-24-18_June-21-18.pdf (requiring that plans use a template notice).

[152] AGENCY FOR HEALTH CARE ADMIN., STATEWIDE MEDICAID MANAGED CARE (SMMC) POLICY TRANSMITTAL17-08 (Feb. 24, 2017), https://ahca.myflorida.com/content/download/9276/file/PT_17-08_NoticeOfABDandPlanAppealsResolutionTemplatesEffective3-1-2017_2-24-2017.pdf. A copy of the template LTC Notice of Adverse Benefit Determination is in the Appendix as Item 5. *See also* AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI. E.1., at 79.

¿Qué plazos se aplican a los distintos avisos?

- Si la acción se refiere a la terminación, suspensión o reducción de un beneficio, se debe enviar una notificación por escrito 10 días antes de la fecha de la acción.
- Si la acción se refiere a una denegación de pago, se debe enviar una notificación en el momento en que se produzca la acción que afecte a la reclamación.
- Si la acción se refiere a una decisión de autorización de servicio estándar que deniega o limita los servicios, se debe enviar una notificación en un plazo de 14 días.
- Si se ha solicitado una autorización de servicio urgente, la notificación debe enviarse en un plazo de 72 horas.

- Si no se alcanza la autorización de servicio dentro del plazo especificado en 42
- C.F.R.§ 438.210(d), esto constituye una denegación en la fecha en que expiró el plazo. [153]

A continuación se presentan ejemplos de notificaciones que no cumplen con los requisitos de contenido y tiempo. Por lo tanto, se considerará que se ha agotado el recurso y el afiliado podrá solicitar una audiencia justa si:

- El afiliado habla español y la notificación solo estaba en inglés (incumple el artículo 42 C.F.R. § 438.10(d); véase también el artículo 42 C.F.R. § 438.404 (a)).
- La notificación no explicaba claramente el derecho a continuar recibiendo los benefits (incumple 42 C.F.R. § 438.404(b)(6)).
- La notificación no se envió en un plazo de 10 días a partir de la terminación,
- suspensión o reducción de los beneficios previamente autorizados (incumple 42 C.F.R. § 438.404(c)(1)).

Audiencias justas

Derecho legal

En virtud de la Ley federal de Medicaid, los beneficiarios de Medicaid tienen derecho a una audiencia justa si se deniega una solicitud de asistencia médica o no se tramita con la debida diligencia.. [154]

Requisito de agotamiento y excepciones

---

[153] 42 C.F.R. § 438.404(c).

[154] 42 U.S.C. § 1396a(a)(3).

Como se ha mencionado anteriormente, los afiliados deben agotar primero el proceso de apelación del Plan. Por lo tanto, solo se puede solicitar una audiencia justa después de que el Plan emita su notificación de que se ha confirmado la determinación adversa sobre las prestaciones..[155]

Y, como se ha señalado anteriormente, si el Plan no cumple los requisitos de notificación y plazos establecidos en 42 C.F.R. § 438.404(c), se considerará que el afiliado ha «agotado» el proceso de apelación del Plan y podrá solicitar una audiencia justa estatal..[156]

Consejo del Defensor
Si el abogado representa a una persona en una audiencia justa, debe presentar un formulario de notificación de comparecencia y un formulario de representante autorizado.

Presentación y partes

Las apelaciones de Medicaid relacionadas con los servicios para personas inscritas en un Plan de atención médica gestionada se dirigen a la AHCA.157 El Plan es el demandado y «a 15 petición de la AHCA, el funcionario de la audiencia puede conceder a la agencia la condición de parte».[158]

Derechos de audiencia

Los afiliados tienen derecho a:

- Traer testigos.,
- Presentar argumentos legales y fácticos en persona y por escrito.a
- Presentar pruebas, incluidas nuevas pruebas que no estuvieran disponibles en el
- momento de la decisión.
- Revisar sus registros médicos y el expediente del caso de forma gratuita y por
- adelantado.[159]

---

[155] 42 C.F.R. § 438.408(f); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100 (3)(b)1.; AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI, J.2., at 83.

[156] 42 C.F.R. §§ 438.402(c)(1)(i)(A), 438.408(c)(3); FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(3)(b)2.–3.

[157] FLA. STAT. § 409.285(2).

[158] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(4)(b).

[159] *Compare* 42 C.F.R. §§ 431,242, 438.406(b)(4)–(5) *with* AHCA Model Contract, Attachment II, *supra* note 121, § VI J., at 83.

El funcionario de la audiencia también puede obtener, a cargo de la agencia, una evaluación médica de alguien que no haya participado en la decisión original.[160]

Consejo del Defensor
Si un afiliado está representado por un abogado o por otra persona que no sea él mismo, se deberá presentar un formulario de representación autorizada. El funcionario encargado de la audiencia puede emitir este formulario e incluir el número de caso una vez que el abogado haya presentado una notificación de comparecencia. Como alternativa, el abogado u otro representante puede presentar el formulario de muestra incluido en el apéndice como Artículo 6.

Solicitud del expediente del caso

Tanto la normativa federal como las normas estatales reconocen el derecho del afiliado a recibir, de forma gratuita y en un plazo razonable antes de la audiencia, una copia completa del expediente del caso del afiliado. Esto debe hacerse en un plazo de siete (7) días si así lo solicita el afiliado. [161]

Esto debe incluir las notas del miembro o las notas del caso, que son registros de las acciones del personal del Plan (incluido el director médico) relacionadas con la atención del afiliado o las interacciones con el afiliado y los proveedores. El afiliado también tiene derecho a recibir copias de los documentos o registros pertinentes a la determinación adversa de beneficios del Plan.

Consejo del Defensor
Solicite por escrito una copia del expediente del caso y otros documentos pertinentes al presentar la apelación y la solicitud de audiencia justa. Si el Plan no responde en un plazo de siete días, presente una queja ante la AHCA o póngase en contacto directamente con el abogado del Plan. En el caso de una audiencia justa, si los intentos de resolver el asunto con el abogado del Plan no tienen éxito, se puede presentar una moción para obligar al Plan a cumplir.

[160] 42 CFR 431.240(b); Fla. Admin. Code R 59G-1.100(17)(n).

[161] 42 CFR 431.242(a); Fla. Admin. Code R 59G-1.100(12).

Descubrimiento y citaciones

FloridaFlorida es uno de los únicos estados que permite la presentación de pruebas en el proceso de audiencia justa, incluidas las audiencias relacionadas con la atención médica gestionada. La norma de audiencia justa de la AHCA sobre la atención médica gestionada establece que se aplican las Normas de Procedimiento Civil de Florida y que la Oficina de Audiencias puede emitir órdenes para «llevar a cabo la presentación de pruebas y evitar retrasos».

Compensación

La orden definitiva del funcionario de audiencias debe dictarse en un plazo de 90 días a partir de la solicitud de audiencia justa, a menos que el afiliado renuncie a dicho plazo o que el funcionario de audiencias lo amplíe. [163]

Los afiliados también pueden solicitar medidas correctivas con carácter retroactivo a la fecha del error, incluidos los pagos realizados por el afiliado para cubrir los servicios que se cancelaron indebidamente. [164]

Consejo del Defensor
Además de solicitar el expediente del afiliado, otras medidas de descubrimiento útiles pueden ser: 1. Solicitudes de presentación de documentos 2.. Interrogatorios 3. Solicitudes de admisión 4. Declaraciones

SECCIÓN CATORCE: OTROS RECURSOS PARA DEFENSORES/CONSUMIDORES

Como parte de la exención de LTC, Florida ha establecido el Programa Independiente de Seguridad del Consumidor (ICSP). El ICSP coordina los esfuerzos entre el Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida, el Programa Estatal de Defensoría del Pueblo para la Atención a Largo Plazo (LTCOP), las autoridades locales.

[162] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(13).
[163] FLA. ADMIN. CODE R. 59G-1.100(18).
[164] 42 C.F.R. § 431.246; Rule 59G-1.100(18)(f); *see also Kurnik v. Department of Health and Rehabilitative Services*, 661 So. 2d 914 (Fla. Dist. Ct. App. 1995); *French v. Dep't of Children & Families*, 920 So. 2d 671 (Fla. 1st DCA 2006).

ADRC y AHCA. El ICSP cuenta con personal de LTCOP, DOEA y ADRC para ayudar a los afiliados a comprender y resolver las quejas relacionadas con los servicios, la cobertura y el acceso. [165]

De conformidad con el contrato, los planes deben contar con un comité asesor de afiliados que se reúna al menos dos veces al año para examinar cuestiones y «obtener comentarios periódicos» sobre cualquier problema identificado y sugerencias de mejora. Los planes envían las actas de estas reuniones del comité asesor, junto con la respuesta del plan a las preocupaciones identificadas, a la AHCA. [166]

Consejo del Defensor
Obtenga copias de los materiales del comité asesor de los planes de LTC de su región y, en función de la información recibida, discuta las respuestas estratégicas adecuadas con el personal local del ADRC y del ICSP.

Sección quince: resumen de la autoridad competente

A continuación se resumen las múltiples autoridades relacionadas con el programa LTC de Florida (y citadas en las notas finales). Estas autoridades incluyen estatutos y reglamentos federales y estatales; disposiciones contractuales entre la AHCA y los planes; las solicitudes y aprobaciones de exenciones entre el gobierno estatal y el federal; y la jurisprudencia pertinente, incluidos los acuerdos o órdenes de conciliación.

Leyes federales:

42 U.S.C. § 1396n.

Reglamentos federales:

Las regulaciones federales de 2016 sobre la atención médica gestionada de Medicaid, recogidas en 42 C.F.R. parte 438, supusieron una importante revisión normativa, aumentaron la transparencia y modernizaron Medicaid.

---

[165] 2025 AHCA Request for an Amendment to a §1915(B) HCBS Waiver, *supra* note 20, 47–48.

[166] AHCA Model Contract Attachment II Exhibit II-B, *supra* note 27, § VIII A.1.b., at 37; *see also* 42 C.F.R. 438.110(a).

programas de atención gestionada. Además, por primera vez, los CMS incluyeron una disposición específica relativa a los LTSS y definieron los LTSS a efectos de la atención gestionada. .[167]

Otras regulaciones federales relevantes incluyen 42 C.F.R. § 435.217 (que describe a las personas que son elegibles para recibir servicios en el hogar y en la comunidad), 42 C.F.R. § 440.180 (que proporciona una descripción y los requisitos para los HCBS); y 42 C.F.R. § 441.301 y siguientes (que establece los requisitos para proporcionar HCBS a través de una exención, incluidos los requisitos para un «plan y proceso centrado en la persona»).

Estatutos de La Florida::

En 2011, la Legislatura de Florida creó la Parte IV del Capítulo 409 de los Estatutos de Florida, en la que se ordenaba a la Agencia crear el programa Statewide Medicaid Managed Care (SMMC). El programa SMMC tiene dos componentes clave: el programa Managed Medical Assistance (MMA) y el programa Long-Term Care (que incluye la exención LTC). Las secciones pertinentes de los Estatutos de Florida incluyen Fla. Stat. §§ 409.978-409.985.

Normas administrativas de Florida:

Las normas administrativas pertinentes del estado incluyen las relativas a la selección y la priorización y liberación de las listas de espera, las Normas del Código Administrativo de Florida (o F.A.C.) 59G-4.193 y 59G-4.192.

También son relevantes las normas estatales para la baja del plan, F.A.C. 59G-8.600; las normas de audiencias justas de atención gestionada de la AHCA descritas en 59G-1.100; y las normas relacionadas con la elegibilidad por ingresos del DCF en F.A.C. 65A-1.710 y siguientes.

Contrato básico de la AHCA:

La Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) tiene un contrato básico que rige todos los planes SMMC, tanto MMA como LTC. Las subpartes pertinentes incluyen:

- Anexo II: Alcance del servicio: disposiciones básicas 1 de Octubre de 2025
- Anexo II-B Programa de cuidados a largo plazo (LTC) 1 de Octubre de 2025

---

[167] The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *CMS's Final Rule on Medicaid Managed Care: A Summary of Major Provision,* Issue Brief (June 2016), http://files.kff.org/attachment/CMSs-Final-Rule-on-Medicaid-Managed-Care.

Solicitudes y aprobaciones de exenciones

Las solicitudes de exención de LTC de la AHCA establecen en detalle todos los aspectos de cómo se prestarán los HCBS.

- Autoridades Federales Exenciones aprobadas para la atención a largo plazo

Departamento de Asuntos de la Tercera Edad::

El «Manual de procedimientos del sistema de gestión de inscripciones en el programa estatal de atención a largo plazo gestionada por Medicaid» del DOEA ofrece una descripción detallada del proceso por el que las personas son dadas de baja de la lista de espera y del proceso de elegibilidad e inscripción.

Apéndice

- Abreviaciones
- Servicios
- Ejemplo de plan de cuidados
- Ejemplo del Formulario de evaluación complementaria
- Formato de Notificación
- Ejemplo del Formulario de designacion de representante autorizado

Apéndice Artículo 1: Abreviaturas

ADRC	Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas
CARES	Evaluación y revisión integral de los servicios de cuidados a largo plazo
CMS Network	Red de Servicios Médicos Infantiles
DCF	Departamento de Niños y Familias
DOEA	Departamento de Asuntos de la Tercera Edad
DOH	Departamento de Salud
DM	Gestión de enfermedades
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
FS	Estatutos de Florida
FFS	Pago por servicio
HMO	Organización para el mantenimiento de la salud
LTC	Cuidados a largo plazo
MMA	Asistencia médica gestionada
MCO	Organización de atención médica gestionada
PAHP	Plan de salud ambulatorio prepagado
PCCM	Gestión de casos de atención primaria
PCP	Proveedor de atención primaria
PDHP	Proveedor de salud dental prepagada
PIHP	Plan de salud prepagado para pacientes hospitalizados
PMHP	Programa de salud mental prepagado
PSN	Red de servicios de proveedores
STC	Términos y condiciones especiales
SSI	Ingresos suplementarios de seguridad
TANF	Asistencia temporal para familias necesitadas
The Act	Ley de Seguridad Social
The Agency (or “AHCA”)	Agencia para la Administración de la Atención Médica

Apéndice Artículo 2 : Servicios

Caregiver training	system
Home accessibility adaptation	Respite care
Home-delivered meals	Therapies: occupational, physical, respiratory and speech
Homemaker	Transportation, Non-emergency
Hospice	

APÉNDICE ARTÍCULO 3: PLAN DE ATENCIÓN

What is Included in the Person-Centered Plan of Care?

- Every enrollee's person-centered plan of care must include:
  - ✓ Enrollee's name and Florida Medicaid identification number
  - ✓ Plan of care effective date
  - ✓ Plan of care review date (at least every 90 days)
  - ✓ The enrollee's personal goals
  - ✓ The enrollee's strengths and preferences
  - ✓ Routine medical services needed, including how much, how often, and who is providing the service(s)
  - ✓ Availability of natural supports to assist in the enrollee's care
  - ✓ Long-term care waiver services, including how much, how often, and who is providing the service(s)
  - ✓ Each service authorization start and end date (if applicable)
  - ✓ A complete list of services and supports to be provided, no matter who is paying
  - ✓ Medication oversight strategies
  - ✓ Current living arrangement and choice of living arrangement
  - ✓ If the enrollee's current living arrangement and choice of living arrangement differ, a goal toward achieving the chosen living arrangement and barriers to be overcome in achieving the goal
  - ✓ Records of enrollees' advance directives, health care powers of attorney, do not resuscitate orders, or a legally appointed guardian
  - ✓ If the enrollee resides in an assisted living facility (ALF), services provided by the ALF, including how much and how often the ALF provides those services
  - ✓ Identification of any existing plans of care and service providers and assessment of the adequacy of existing services
  - ✓ Identification of who is responsible for monitoring the plan of care
  - ✓ Case manager's signature
  - ✓ The word-for-word written statement before the enrollee signature field as follows:
    - *"I have received and read the plan of care. I understand that I have the right to file an appeal or fair hearing if my services have been denied, reduced, terminated, or suspended."*, and
  - ✓ Enrollee or enrollee's authorized representative's signature and date

To learn more about the Statewide Medicaid Managed Care Program:

Visit the Agency's SMMC Program website at www.ahca.myflorida.com/SMMC.

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Personal Profile					
Medicaid ID #		POC Eff. Date		Enrollee Effective Date	
First Name		Last Name		MI / Date of Birth	
Location		Facility Name		Enrollee Phone #	
Primary Lang.		Adv. Care Planning		Details	

Family & Social History	
Do you have family or friends nearby?	
If yes, how often do you see them?	
What was your profession and/or jobs you worked?	
Do you volunteer or participate in any social groups?	

What is important to the Enrollee?	
Likes & Dislikes (i.e activities, hobbies, foods, etc.)	
What are your special family / cultural traditions?	
Personal Care or Support Preferences	

What do we need to know about the Enrollee?	
Rituals / Routines that are important to the enrollee	
List any communication limitations	
What method of communication do you prefer?	

What are the enrollee's strengths, preferences and self-care capabilities?

Member modification of HCBS setting:	
Were there any modifications made to the member's HCBS setting since the member's last assessment?	*If yes, detail:*
Provide the specific assessed need for the modification of HCBS setting?	
Does the member's current living arrangement differ from their desired living arrangement?	*If yes, detail:*
What is the member's goal in achieving the desired living environment?	
What are the barriers to the member's choice of living environment?	

List the people chosen (if any) by the enrollee to participate in their Plan of Care development & reviews:	
Name	Relationship and Contact Phone Number

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Frequency and Details

Enrollee Name:		Medicaid ID#	

Caregiver/Informal Support Supplemental Assessment

Who does the enrollee live with?			Other:
Can the enrollee be safely left alone?		If yes, what amount of time can the enrollee be left alone?	Notes:
Are there Caregiver/Informal support available to assist with the enrollee's needs and care?		Notes:	

**Caregiver/Informal Support includes supports that are provided to the enrollee. This can include the enrollee's spouse, family members, neighbors, friends, significant others and church or community volunteer organizations that are willing to support enrollee as part of their Person Centererd Plan.

Supplemental Assessment: List of Caregiver/Informal Support

Name of Individual/Organization:

1)

Relationship:

If Other:

Role & Support Provided			
Services	Frequency, Hours and Details	Services	Frequency, Hours and Details
☐ Bathing		☐ Heavy Chores	
☐ Dressing		☐ Light Housekeeping	
☐ Eating		☐ Using Telephone	
☐ Using Bathroom		☐ Managing Money	
☐ Transferring		☐ Preparing Meals	
☐ Mobility		☐ Shopping	
☐ Respite		☐ Managing Meds	
☐ Companion		☐ Transportation	
☐ Other			Details
Stress level			
Limitations			
Willingness to Assist			
Addtl. Responsibilities			

Name of Individual/Organization:

2)

Relationship:

If Other:

Role & Support Provided			
Services	Frequency, Hours and Details	Services	Frequency, Hours and Details
☐ Bathing		☐ Heavy Chores	
☐ Dressing		☐ Light Housekeeping	
☐ Eating		☐ Using Telephone	
☐ Using Bathroom		☐ Managing Money	
☐ Transferring		☐ Preparing Meals	
☐ Mobility		☐ Shopping	
☐ Respite		☐ Managing Meds	
☐ Companion		☐ Transportation	
☐ Other			Details
Stress level			
Limitations			
Willingness to Assist			
Addtl. Responsibilities			

Additional Narrative/Notes	

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Name		Medicaid ID#	

Community Integration: Personal Goal Planning

A goal should address issues that are identified in the care plan to ensure enrollee is integrated into the community. A goal should be built on strengths and includes steps that the enrollee will take to achieve the goal. Goals are reviewed at each visit to include progress of the goal, potential barriers to progress, any changes needed and if the goal has been met. If enrollee refuses to create a goal the reason must be documented.

	OBJECTIVE		DATE DEVELOPED	
	GOAL		GOAL STATUS	
	BARRIER		TIMEFRAME	
	INTERVENTION			
GOAL 2	OBJECTIVE		DATE DEVELOPED	
GOAL 2	GOAL		GOAL STATUS	
GOAL 2	BARRIER		TIMEFRAME	
GOAL 2	INTERVENTION			
	OBJECTIVE		DATE DEVELOPED	
	GOAL		GOAL STATUS	
	BARRIER		TIMEFRAME	
	INTERVENTION			
GOAL 4	OBJECTIVE		DATE DEVELOPED	
GOAL 4	GOAL		GOAL STATUS	
GOAL 4	BARRIER		TIMEFRAME	
GOAL 4	INTERVENTION			
	OBJECTIVE		DATE DEVELOPED	
	GOAL		GOAL STATUS	
	BARRIER		TIMEFRAME	
	INTERVENTION			

Self Management Plan

The enrollee's role in managing the physical and social affects and lifestyle changes associated with their chronic condition or a functional limitation.

How are you managing your lifestyle changes due to your current condition?	

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Name		Medicaid ID#	

LTC Service Plan Details

Service or Item Type	Service or Item Details	Timeframe (m/d/yy)	Amount	Frequency	Provider	Goal
Case Management		Start Date / End Date			Sunshine Health	
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				
		Start Date / End Date				

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Name		Medicaid ID#	

LTC Service Plan Details

Service or Item Type	Service or Item Details	Timeframe (m/d/yy)		Amount	Frequency	Provider	Goal
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					
		Start Date					
		End Date					

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Name		Medicaid ID#	

Other Existing Care Plans, Services and Service Providers *(i.e. PCP, Medicare, Skilled Nursing Care, Specialty Care, Inpatient Admission, Routine Medical, etc.)*

Service Type	Service Detail, Amount and Frequency	Timeframe (m/d/yy)		Payer Source	Provider
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Name		Medicaid ID#	

Behavioral Health - CBH or Non-CBH - Cenpatico Behavioral Health

Service Type	Service Details (If Applicable)	Timeframe (m/d/yy)		Amnt / Freq	Provider
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			
		Start Date			
		End Date			

Medication Oversight Strategies (To be reviewed every 90 days)

Medication Management		Please explain enrollee's medication strategy in the description below, even if no barrier was identified.	Recommended Strategies or Intervention	
Description/Details				

Backup/Contingency Plan - If the service provider does not show the back-up plan will be as follows:

Back-up Plan	Full Name		Contact number	
☐ Contact SHP LTC plan	Sunshine Health Plan		1-877-211-1999	
☐ Contact the current provider directly	Contact Servicing Provider		Contact Servicing Provider	
☐ Contact designated responsible party:	1		1	
☐Caregiver, ☐Family, ☐Friend to provide care,	2		2	
☐Other (specify:_____)	3		3	

I have received and read the plan of care. I understand that I have the right to file an appeal or fair hearing if my services have been denied, reduced, terminated, or suspended.

Reason for Plan Of Care Review (at least every 90 days)	Care Manager Signature	Date Signed
Individual and/or Entity Responsible for monitoring the Plan of Care	**Enrollee or Enrollee's Authorized Representative**	**Date Signed**

☐ Signed ☐ Unable to Sign ☐ Refused to Sign ☐ Mailed to POA

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Enrollee Care Plan Summary

Enrollee Name		Date of Birth		Medicaid ID#	

Below is a summary of your plan of care that includes your service providers and the services you are receiving. Your case manager has identified services that meet your needs to provide you with appropriate care services.

HCBS/Covered Services	Provider	Start Date	End Date	Amount and Frequency
Case Management	Sunshine Health			

I (enrollee or enrollee authorized rep.) agreed to each individual provider choice for each service above and each service authorization ? Yes ☐ No ☐

I have received and read the plan of care. I understand that I have the right to file an appeal or fair hearing if my services have been denied, reduced, terminated, or suspended.

Reason for Plan Of Care Review (at least every 90 days)	Care Manager Signature	Date Signed

Enrollee or Enrollee's Authorized Representative	Date Signed

☐ Signed ☐ Unable to Sign ☐ Refused to Sign ☐ Mailed to POA

Apéndice Artículo 4: Formulario de Evaluación Complementaria

sunshine health

Long Term Care Person-Centered Care Plan

Frequency and Details

Enrollee Name:		Medicaid ID#	

Caregiver/Informal Support Supplemental Assessment

Who does the enrollee live with?			Other:
Can the enrollee be safely left alone?		If yes, what amount of time can the enrollee be left alone?	Notes:
Are there Caregiver/Informal support available to assist with the enrollee's needs and care?		Notes:	

**Caregiver/Informal Support includes supports that are provided to the enrollee. This can include the enrollee's spouse, family members, neighbors, friends, significant others and church or community volunteer organizations that are willing to support enrollee as part of their Person Centererd Plan.

Supplemental Assessment: List of Caregiver/Informal Support

Name of Individual/Organization:

1)

Relationship:

If Other:

Role & Support Provided			
Services	Frequency, Hours and Details	Services	Frequency, Hours and Details
☐ Bathing		☐ Heavy Chores	
☐ Dressing		☐ Light Housekeeping	
☐ Eating		☐ Using Telephone	
☐ Using Bathroom		☐ Managing Money	
☐ Transferring		☐ Preparing Meals	
☐ Mobility		☐ Shopping	
☐ Respite		☐ Managing Meds	
☐ Companion		☐ Transportation	
☐ Other			Details
Stress level			
Limitations			
Willingness to Assist			
Addtl. Responsibilities			

Name of Individual/Organization:

2)

Relationship:

If Other:

Role & Support Provided			
Services	Frequency, Hours and Details	Services	Frequency, Hours and Details
☐ Bathing		☐ Heavy Chores	
☐ Dressing		☐ Light Housekeeping	
☐ Eating		☐ Using Telephone	
☐ Using Bathroom		☐ Managing Money	
☐ Transferring		☐ Preparing Meals	
☐ Mobility		☐ Shopping	
☐ Respite		☐ Managing Meds	
☐ Companion		☐ Transportation	
☐ Other			Details
Stress level			
Limitations			
Willingness to Assist			
Addtl. Responsibilities			

Additional Narrative/Notes	

Apéndice Artículo 5: Aviso sobre Plantillas

Identificación del PLAN ID: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<<AFILIADO>> y/o
<<REPRESENTANTE LEGAL>>
<<DIRECCIÓN>>
<<CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL>>

NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

Estimado <<AFILIADO/REPRESENTANTE LEGAL>>:
<<PLAN LTC>> ha revisado su solicitud de <<SERVICIO y CANTIDAD>>, que recibimos el <<FECHA>>. Tras nuestra revisión, este servicio ha sido:
<<DENEGADO PARCIALMENTE, DENEGADO, CANCELADO, SUSPENDIDO, REDUCIDO>> a partir del
<<FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIO ADVERSO>>
Tomamos nuestra decisión porque:
(Marque todas las casillas que correspondan)
• Hemos determinado que los servicios solicitados no son médicamente necesarios porque no cumplen ninguno de los motivos marcados a continuación: (Véase la norma)
• Cumplen todos los criterios definidos en la Norma 59G-1.010(166), F.A.C., para todos los servicios de centros de enfermería y servicios mixtos; O
• Cumplen todos los criterios siguientes para todos los servicios ampliados del plan estatal utilizados con fines de terapia de mantenimiento y todos los demás servicios domiciliarios y comunitarios:
1. Ser individualizados, específicos y coherentes con los síntomas o el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión en tratamiento, y no exceder las necesidades del paciente;
2. Reflejar el nivel de servicio que se puede prestar de forma segura y para el que no existe ningún tratamiento igualmente eficaz y más conservador o menos costoso en todo el estado; y
3. Prestarse de manera que no se tenga como objetivo principal la comodidad del beneficiario, del cuidador del beneficiario o del Proveedor; y una de las siguientes condiciones:

1. Permitir al afiliado mantener o recuperar su capacidad funcional; o

2. Permitir que un afiliado que recibe servicios y apoyos a largo plazo tenga acceso a los beneficios de la vida en comunidad, alcance objetivos centrados en la persona y viva y trabaje en el entorno de su elección.

• El servicio solicitado no es un beneficio cubierto.

• Otra autoridad <<explicar y citar la autoridad>>

Los hechos que hemos utilizado para tomar nuestra decisión son: <<explicar>>

EJEMPLO Esta determinación del director médico se ha tomado en función de la necesidad médica (tal y como se define en la legislación de Florida; véase específicamente la casilla marcada anteriormente) y refleja la aplicación de los criterios y directrices de revisión aprobados por el Plan.

Justificación clínica: para que la escriba el médico; véase el ejemplo detallado a continuación; sería diferente para cada tipo de médico.

Ejemplo de eQHealth

Fundamento clínico de la decisión: El paciente es un anciano con antecedentes de reflujo gastroesofágico y apnea. El paciente utiliza un monitor de apnea. Durante el último mes, el paciente ha tenido cuatro incidentes registrados en el monitor. No se requirió ninguna intervención especializada para estos incidentes registrados. El paciente toma medicación oral cada 4 horas y necesita que le cambien de posición después de las comidas. El paciente toma dos medicamentos programados y, cuando es necesario, tratamientos con nebulizador. El paciente asiste actualmente a durante el día. La solicitud es para recibir cuidados de enfermería especializada durante 12 horas al día, 7 días a la semana. El paciente vive con su y . La información clínica proporcionada no

justifica la necesidad médica de los servicios solicitados. El paciente no recibe ninguna intervención especializada continua que justifique la atención de enfermería especializada. Además, el paciente no requiere supervisión nocturna por parte de una enfermera especializada.

Usted, o alguien legalmente autorizado para hacerlo, puede solicitarnos una copia completa de su expediente, incluyendo registros médicos, una copia de los criterios y directrices de revisión del plan, disposiciones contractuales, otros documentos, registros y otra información relevante para la determinación adversa de beneficios. Estos se proporcionarán de forma gratuita. Puede solicitar estos documentos poniéndose en contacto con: <<Información de contacto proporcionada por el plan>>

Derecho a solicitar una apelación al plan

Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a solicitar una apelación del plan a <<PLAN DE LTC>>. Cuando solicita una apelación del plan, <<PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA GESTIONADA>> hace que otro profesional sanitario revise la decisión que se ha tomado.

Cómo solicitar una apelación del plan:

Puede solicitar una apelación del plan por escrito o llamándonos por teléfono. Su administrador de casos puede ayudarle con esto, si tiene uno. Debemos recibir la solicitud en un plazo de 60 días a partir de la fecha de esta carta. (Si desea continuar con sus servicios hasta que se tome una decisión definitiva sobre su apelación, debemos recibir su solicitud antes. Consulte la sección «Cómo solicitar la continuación de sus servicios» más abajo para obtener más detalles). Aquí tiene dónde llamar o enviar su solicitud:

<<MCO>>

<<DIRECCIÓN POSTAL>>

<<TELÉFONO>>

<<FAX>>

<<CORREO ELECTRÓNICO>>

Su solicitud por escrito para apelar el plan debe incluir la siguiente información:

Su nombre.
Su número de miembro.
Su número de identificación de Medicaid.
Un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted o su representante legal.
También puede incluir la siguiente información, si la tiene:
Your written request for a plan appeal must include the following information:

- Why you think we should change the decision
- Any medical information to support the request
- Who you would like to help with your plan appeal

En un plazo de cinco días tras recibir su solicitud de apelación del plan, le comunicaremos por escrito que hemos recibido su solicitud de apelación del plan, a menos que solicite una apelación del plan acelerada (rápida). Le daremos una respuesta a su apelación del plan en un plazo de 30 días tras solicitarla.

Cómo solicitar una apelación acelerada (rápida) del plan si su salud está en riesgo:

Puede solicitar una «apelación acelerada del plan» si cree que esperar 30 días para obtener una resolución sobre la apelación del plan podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad. Puede llamarnos o escribirnos (véase más arriba), pero debe asegurarse de solicitarnos que aceleremos la apelación del plan. Es posible que no estemos de acuerdo en que su apelación del plan deba acelerarse, pero se le informará de esta decisión. Seguiremos tramitando su apelación del plan en los plazos normales. Si necesitamos acelerar su apelación del plan, recibirá nuestra resolución de la apelación del plan en un plazo de 48 horas después de que recibamos su solicitud de apelación del plan. Esto es así tanto si ha solicitado la apelación del plan tanto por teléfono como por escrito.

Cómo solicitar una apelación acelerada (rápida) del plan si su salud está en riesgo:

Puede solicitar una «apelación acelerada del plan» si cree que esperar 30 días para obtener una resolución sobre la apelación del plan podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad. Puede llamarnos o escribirnos (véase más arriba), pero debe asegurarse de solicitarnos que aceleremos la apelación del plan. Es posible que no estemos de acuerdo en que su apelación del plan deba acelerarse, pero se le informará de esta decisión. Seguiremos tramitando su apelación del plan en los plazos normales. Si necesitamos acelerar su apelación del plan, recibirá nuestra resolución de la apelación del plan en un plazo de 48 horas después de que recibamos su solicitud de apelación del plan. Esto es así tanto si ha solicitado la apelación del plan por teléfono como por escrito.

Cómo solicitar que continúen sus servicios:

Si actualmente está recibiendo el servicio que se prevé reducir, suspender o cancelar, tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios hasta que se tome una decisión definitiva en una apelación del plan y, si lo solicita, en una audiencia justa. Si sus servicios continúan, no habrá ningún cambio en ellos hasta que se tome una decisión

definitiva en su apelación del plan y, si lo solicita, en una audiencia justa.

Si sus servicios continúan y nuestra decisión se mantiene en una apelación del plan o en una audiencia justa, es posible que le pidamos que pague el costo de dichos servicios. No le quitaremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia o representante legal que pague los servicios.

Para que sus servicios continúen durante la apelación del plan, DEBE presentar su apelación del plan Y solicitar que sus servicios continúen dentro de este plazo:

Presente una solicitud para que sus servicios continúen con <<LTC PLAN>> a más tardar 10 días después de que se envió esta carta por correo O en o antes del primer día en que está programado que sus servicios se reduzcan, suspendan o terminen, lo que sea más tarde. Puede solicitar una apelación del plan por teléfono. Si lo hace, también debe presentar una solicitud por escrito. Asegúrese de informarnos si desea que sus servicios continúen**.**

Para que sus servicios continúen durante la audiencia justa, DEBE presentar su solicitud de audiencia justa Y solicitar la continuación de los servicios dentro de este plazo:

Si estaba recibiendo servicios durante la apelación de su plan, puede presentar la solicitud para que sus servicios continúen ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agencia) a más tardar 10 días a partir de la fecha que figura en su notificación de resolución de la apelación del plan O en o antes del primer día en que está previsto que sus servicios se reduzcan, suspendan o cancelen, lo que sea posterior.

Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación del plan

Recibirá el resultado del proceso de apelación del plan en una notificación de resolución de la apelación del plan (notificación) que describe el resultado de la apelación del plan. Si aún no está de acuerdo con nuestra decisión, o si no recibe su notificación a tiempo, puede solicitar una audiencia justa.

Cómo solicitar una audiencia justa:

Cuando solicita una audiencia justa de Medicaid, un funcionario de audiencias que trabaja para el estado revisa la decisión que se tomó. Puede solicitar una audiencia justa en cualquier momento hasta 120 días después de recibir nuestra notificación de resolución de la apelación del plan. Primero debe completar el proceso de apelación del plan.

Puede solicitar una audiencia justa llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration

Medicaid Hearing Unit

P.O. Box 60127

Ft. Myers, FL 33906

(877) 254-1055 (línea gratuita)

239-338-2642 (fax)

Aviso de No Discriminación

<< INSERTAR TEXTO DE NO DISCRIMINACIÓN>>

Atentamente,

<<NOMBRE>>

<<Director Médico u otro título profesional de la persona que realizó la determinación adversa de beneficios de acuerdo con el Anexo II, Sección VII.G.4 del contrato SMMC>>

Apéndice, Artículo 6: Ejemplo de designación de representante autorizado para una audiencia justa de Medicaid

NOTA: Este modelo designa al Representante Autorizado de un Beneficiario de Medicaid para una Audiencia Justa. También permite a la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud divulgar Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre el Beneficiario al Representante Autorizado. Para designar a un Representante Autorizado para presentar o representar a un Beneficiario de Medicaid en una Audiencia Justa, complete y envíe este formulario a la Oficina de Audiencias Justas a la dirección que se indica en las instrucciones del modelo a continuación. La designación de un representante autorizado no requiere el uso de este formulario; se puede utilizar cualquier documento escrito que cumpla los requisitos de la Norma 59G-1.100 del Código Administrativo de Florida para la designación de un representante autorizado.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA AUDIENCIA JUSTA DE MEDICAID (MUESTRA)

Información del Beneficiario

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo Nombre: _____

Número de identificación de Medicaid del beneficiario: _____
Año de nacimiento del beneficiario: _____

Deseo designar a la persona que se indica a continuación como mi Representante Autorizado. Comprendo totalmente que esta designación permitirá a mi Representante Autorizado presentar y participar en la Audiencia Justa de Medicaid en mi nombre hasta que concluya la audiencia y se emita la Orden Final. Además, doy mi consentimiento para que la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud divulgue mi Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a mi Representante Autorizado, designado por la presente, a los fines de presentar y participar en la Audiencia Justa de Medicaid en mi nombre.

Representante Autorizado: _____
(Escriba su nombre)

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Número de Caso de la Audiencia Justa (si se conoce):

Beneficiario o Representante Legal:

(Escriba su nombre)

_____

(Firma)

Fecha: _____

Instrucciones

Información del beneficiario:

Apellido: Escriba el apellido legal del beneficiario
Nombre: Escriba el nombre legal del beneficiario.

Inicial del segundo nombre: Introduzca la primera letra del segundo nombre legal del beneficiario.

Número de identificación de Medicaid del beneficiario: Introduzca el número de identificación de Medicaid del beneficiario.

Año de nacimiento del beneficiario: Introduzca el año de nacimiento del beneficiario.

Información del Representante:

Representante: Introduzca el nombre legal del representante.

Dirección: Introduzca la dirección postal del representante.

Teléfono: Indique el número de teléfono del representante.

Instrucciones finales:

La muestra debe ser firmada y fechada por el beneficiario y enviada mediante uno de los siguientes métodos.

Correo electrónico	Fax	Correo postal

OfficeOfFairHearings@ahca.myflorida.com	(850) 487-1423	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Mail Stop #11 Tallahassee, FL 32308