



MEMBER HANDBOOK

Services Covered by Sunshine Health

Service	Coverage Limitations	Plan Limits	Copay
Child Check-Up Services	These services include: health and development history, unclothed physical assessment or examination, nutritional assessment, routine immunization update, laboratory tests (including lead screening), vision screening, hearing screening, dental screening, health education, and development assessment. You do not need a referral for these services.		\$0
Circumcision	Newborn males while in the hospital		
Dental Services	Coverage provided by Medicaid Fee-for Service		
Diabetes Supplies and Education	Coverage for medically appropriate and necessary equipment, supplies, and services used to treat diabetes. This includes outpatient self-management training and educational services, if your treating provider says these services are necessary.	No Limit ^	\$0
Emergency Services	Includes emergency medical care 24 hours a day, seven days a week. You do not need approval from Sunshine Health or your PCP to go to the emergency room if you are having a medical situation.	No limit^	\$0
Family Planning Services	To help you plan a family size or help you space the time between having children. Family Planning Services includes information, referral education, counseling, diagnostic procedures and contraceptive drugs and supplies. Services are voluntary and you are permitted full freedom of choice of methods for Family Planning. You can go to any provider that participates with Medicaid for these services without a referral from your Primary Provider.	No Limit^	\$0
Freestanding Dialysis Facility Services	Includes routine laboratory tests, dialysis-related supplies, ancillary and other items. Services include all services and procedures rendered by a participating provider when needed for preventive, diagnostic, therapeutic, or to treat a particular injury, illness or disease.	No Limit^	\$0
Hearing Services	Hearing Services include examinations and evaluations necessary for the furnishing of one standard hearing aid every year.	Up to one hearing exam and one hearing aid every year.	\$0



MEMBER HANDBOOK

Service	Coverage Limitations	Plan Limits	Copay
Home Health Care Services and Durable Medical Equipment	Includes intermittent or part-time nursing services (R.N. or L.P.N), personal care services by a home health aide (for those under 21), and medical items (limited to approved types of supplies and equipment, suitable for use in the home). All services and equipment must be ordered by a participating provider. Home healthcare does not include homemaker services, Meals on Wheels, companion, sitter or social services.	24 visits per year for Home Health services If more services are needed They must be prior authorized^ No limit for durable medical equipment	\$0
Hospital Ancillary Services	When your provider authorizes these to be provided by the hospital: radiology, pathology, neurology, neonatology and anesthesiology.	No Limit^	\$0
Immunizations	According to childhood immunization schedule as approved by the appropriate Recommended Childhood Immunization Schedule for the United States.	No Limit^	\$0
Independent Laboratory and Portable X-Ray Services	Includes laboratory and x-ray services when ordered by a participating provider.	No Limit^	\$0
Inpatient Hospital Services	Includes all items and services needed to give appropriate care during a stay at a participating hospital, including room and board, nursing care, medical supplies, and all diagnostic and therapeutic services.	Sunshine Health covers a maximum of 45 inpatient days for the 12-month period from July 1st through June 30th	\$0
Mental Health Services	If you are in need of Mental Health, counseling and referral services, you will be evaluated by a participating psychiatrist.	Same limits as with Medicaid fee for service program	\$0
Outpatient Services	Outpatient services provided in an outpatient hospital setting. Your Primary Provider can obtain prior notification for health care services which may require notification.	Services are limited to \$1,500 yearly Combined. (No limit for children under 21)	\$0
Over the Counter (OTC)	Sunshine Health provides each household up to \$25 for over-the-counter drugs and first aid items each month.	\$25 benefits per household, Per month	\$0
Physician Services	Includes all services and procedures rendered by a participating provider when needed for preventive, diagnostic, therapeutic, or to treat a particular injury, illness or disease. Excludes experimental procedures and cosmetic surgery. These physicians include: advanced registered nurse practitioner, physician assistant, podiatry, ambulatory surgical centers, community health departments, rural health clinic services, federally qualified health centers, birthing centers, certified nurse midwives, chiropractic, and psychiatrists.	One visit per year	\$0
Prescribed Drugs	Includes prescribed drugs currently covered by the Medicaid Program, when ordered by a participating provider and supplied by a licensed	No Limit^	\$0

Member Services Department 1-866-796-0530 (TDD/TTY 1-866-796-0524)
log on to www.sunshinestatehealth.com



MEMBER HANDBOOK

Service	Coverage Limitations	Plan Limits	Copay
	participating pharmacy.		
Therapy Services: Physical, Respiratory, Occupational and Speech therapies	Are covered for recipients under 21 years of age as medically necessary. Adults (21 years and older) are covered for outpatient physical and respiratory therapy as medically necessary.	Services are limited to \$1,500 yearly Combined. No Limit^ for children 20 years of age or younger.	\$0
Vision Services	Routine eye exam (<u>all recipients</u>): No copay applies. Unlimited eye exams and eyeglasses, up to two per year, if medically necessary Prescription hardware (<u>all recipients</u>): No copay applies.	Child visions Services Unlimited Exams as stated in Coverage; and up to 2 pair of glasses, if medically necessary Adult Vision Services- Unlimited exams as stated in Coverage, And up to 2 pairs of glasses per year , if medically indicated Authorized by Plan^	\$0

Sunshine Health charges no co-pays. If you have questions about any of these services or any services limits, call us. We can be reached at 1-866-796-0530 (TDD/TTY 1-866-796-0524). A Member Services Representative will help you understand your benefits.

Services NOT Covered by Sunshine Health

If you are in need of Medicaid Services that are not covered by Sunshine Health, please contact your local Medicaid Office for information. See the Medicaid Area Office section 9 for the number to call in your county.

Medically Necessary Services

Services that are medically necessary are those that:

- Prevent illness and conditions
- Treat pain and body problems



Servicios cubiertos por Sunshine Health

Beneficios	Cobertura	Límites del plan	Copago
Servicios de Control de la salud del niño	Estos servicios incluyen: antecedentes de salud y del desarrollo, evaluación o examen físico sin ropa, evaluación de nutrición, actualización de inmunizaciones de rutina, análisis de laboratorio (incluso detección de plomo), pruebas de detección de la vista, pruebas de detección de la audición, pruebas de detección dentales, educación en salud y evaluación del desarrollo. No necesita una referencia para estos servicios.		\$0
Circuncisión	Recién nacidos del sexo masculino mientras estén en el hospital		
Servicios dentales	Cobertura proporcionada por el Programa de pago por servicio de Medicaid		
Materiales y educación para la diabetes	Cobertura para equipo apropiado y necesario desde el punto de vista médico, materiales y servicios que se usan para tratar la diabetes. Esto incluye los servicios de capacitación y educación ambulatoria para el autocontrol, si el proveedor que lo trata dice que estos servicios son necesarios.	Sin límite^	\$0
Servicios de emergencia	Incluye atención médica de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted no necesita aprobación de Sunshine Health ni de su PCP para ir a la sala de emergencia si tiene una situación médica.	Sin límite^	\$0
Servicios de planificación familiar	Para ayudarle a planificar el tamaño de su familia o para ayudarle a planificar el tiempo que espera entre cada embarazo. Los servicios de planificación familiar incluyen información, educación de referencia, asesoría, procedimientos de diagnósticos y medicamentos y materiales anticonceptivos. Los servicios son voluntarios y se le permite libertad de elección completa para los métodos de Planificación familiar. Usted puede acudir a cualquier proveedor que participe en Medicaid para estos servicios sin una referencia de su Proveedor primario.	Sin límite^	\$0
Servicios de centros de diálisis independientes	Incluye análisis de laboratorio de rutina, materiales relacionados con las diálisis, auxiliares y otros materiales. Los servicios incluyen todos los servicios y procedimientos que brinda un proveedor participante cuando se	Sin límite^	\$0



MANUAL PARA MIEMBROS

Beneficios	Cobertura	Límites del plan	Copago
	necesitan para atención preventiva, diagnóstico, terapia o para tratar una lesión, padecimiento o enfermedad particular.		
Servicios para la audición	Los servicios para la audición incluyen los exámenes y las evaluaciones necesarios para proporcionar un audífono estándar cada año.	Hasta un examen de la audición y un audífono cada año.	\$0
Servicios de atención médica en el hogar y Equipo médico duradero	Incluye servicios de enfermería (R.N. o L.P.N) intermitentes o de tiempo parcial, servicios de cuidado personal por un asistente de cuidado en el hogar (para las personas menores de 21 años), y materiales médicos (limitados a los tipos aprobados de materiales y equipo, adecuados para uso en el hogar). Todos los servicios y equipo los debe indicar un proveedor participante. La atención médica en el hogar no incluye servicios de ama de casa, <i>Meals on Wheels</i> , acompañante, cuidador o servicios sociales.	24 visitas por año para servicios de salud en el hogar Si se necesitan más servicios se les debe autorizar previamente^ Sin límite para equipo médico duradero	\$0
Servicios hospitalarios auxiliares	Cuando su proveedor autoriza que estos se brinden en el hospital: radiología, patología, neurología, neonatología y anestesiología.	Sin límite^	\$0
Inmunizaciones	De acuerdo con el calendario de inmunizaciones infantiles según lo aprobado por el Calendario de inmunizaciones infantiles recomendado para Estados Unidos.	Sin límite^	\$0
Servicios independientes de laboratorio y de rayos X portátiles	Incluye servicios de laboratorio y radiológicos cuando los indica un proveedor participante.	Sin límite^	\$0
Servicios como paciente internado en el hospital	Incluye todos los artículos y servicios necesarios para brindar el cuidado apropiado durante una estadía en un hospital participante, incluso pensión, cuidado de enfermería, materiales médicos y todos los servicios diagnósticos y terapéuticos.	Sunshine Health cubre un máximo de 45 días como paciente internado para el periodo de 12 meses desde el 1 de julio hasta el 30 de junio	\$0
Servicios de salud mental	Si tiene necesidad de servicios de asesoría y referencia para salud mental, un psiquiatra participante lo(a) evaluará.	Los mismos límites que con el programa de pago por servicio de Medicaid	\$0
Servicios ambulatorios	Servicios ambulatorios, incluso servicios de terapia, que se brindan en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios. Su proveedor de atención primaria puede obtener aviso previo para servicios de atención médica que pueden requerir aviso.	Los servicios se limitan a \$1,500 al año combinado. (Sin límite para niños menores de 21 años)	\$0
Medicamentos de venta sin receta (OTC)	Sunshine Health da a cada hogar hasta \$25 para medicamentos de venta sin receta y artículos de primeros auxilios cada mes.	Beneficios de \$25 por familia, por mes	\$0
Servicios de médicos	Incluyen todos los servicios y procedimientos que brinda un proveedor participante cuando se necesitan para atención preventiva, diagnóstico, terapia o para tratar una lesión, padecimiento o enfermedad particular. Excluye procedimientos experimentales y cirugía cosmética. Estos médicos incluyen: enfermeros practicantes titulados avanzados, asistente médico, podiatría,	Una visita por año	\$0



MANUAL PARA MIEMBROS

Beneficios	Cobertura	Límites del plan	Copago
	centros de cirugía ambulatoria, departamentos de salud comunitaria, servicios de salud en clínicas rurales, centros de salud autorizados por el gobierno federal, centros de obstetricia, parteras certificadas, atención quiropráctica y psiquiatras.		
Medicamentos recetados	Incluye medicamentos recetados cubiertos actualmente por el Programa Medicaid, cuando lo indica un proveedor participante y lo brinda una farmacia autorizada participante.	Sin límite [^]	\$0
Servicios de terapia: terapias física, respiratoria, ocupacional y del habla	Están cubiertos para beneficiarios menores de 21 años de edad según sea necesario desde el punto de vista médico. Los adultos (de 21 años de edad y mayores) están cubiertos para terapia física y respiratoria ambulatoria según sea necesario desde el punto de vista médico.	Los servicios se limitan a \$1,500 al año combinado. Sin límite [^] para niños de 20 años de edad o menores.	\$0
Servicios para la vista	Examen de los ojos de rutina (<u>todos los beneficiarios</u>): No se aplica ningún copago. Exámenes de la vista ilimitados, y hasta dos pares de anteojos (gafas) por año, si es necesario desde el punto de vista médico. Equipo recetado (<u>todos los beneficiarios</u>): No se aplica ningún copago	Servicios de la vista para niños Exámenes ilimitados como se establece en la cobertura, y hasta 2 pares de anteojos (gafas) por año, si es necesario desde el punto de vista médico. Servicios de la vista para adultos- Exámenes ilimitados como se establece en la cobertura, y hasta 2 pares de anteojos (gafas) por año, si está indicado desde el punto de vista médico, y autorizado por el Plan [^]	\$0

Sunshine Health no cobra copagos. Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos servicios o los límites de servicios, llámenos. Se puede comunicar con nosotros llamando al 1-866-796-0530 (TDD/TTY 1-866-796-0524). Un Representante de servicios para los miembros le ayudará a entender sus beneficios.

Servicios NO cubiertos por Sunshine Health

Si tiene necesidad de servicios de Medicaid que no están cubiertos por Sunshine Health, comuníquese con su oficina local de Medicaid para obtener información. **Consulte la sección Oficina del área de Medicaid para ver el número al cual llamar en su condado.**