aetna℠

AETNA BETTER HEALTH®
Member Handbook

www.aetnabetterhealth.com/newyork

This is important information about your health care benefits. Call Member Services at 1-855-456-9126, or if hearing impaired/TTY call NY Relay 7-1-1; for a translated version of this information. For those with hearing impairment, NY Relay can connect you to anyone, anywhere, 24 hours a day, 7 days a week.

Información importante sobre sus beneficios de atención médica. Llame a Servicios al Cliente, al 1-855-456-9126; si tiene dificultades de audición/TTY, llame al servicio Relay de NY al 7-1-1 para obtener una versión traducida de esta información.

这是关于您的医疗保付的重要信息。请拨打 1-855-456-9126 致电会员服务中心，听力障碍人士或使用 TTY（文本电话）时，请拨打 7-1-1 致电 NY Relay，获得此信息的翻译版本。针对听力障碍人士，NY Relay 可以随时随地与您联系，提供一周七天的全天候服务。

Это важная информация о покрываемых нами видах медицинской помощи («бенефитах»). Для получения перевода этой информации на ваш язык позвоните в Отдел помощи нашим клиентам по телефону 1-855-456-9126. Если вы слабослышащий, воспользуйтесь телефоном с текстовым выходом (TTY) через коммутаторную линию Нью-Йорка 7-1-1. Коммутаторная линия Нью-Йорка позволяет лицам с нарушениями слуха связаться с кем угодно, где угодно в любое время суток 7 дней в неделю.

Español
Tiếng Việt
فارسی

? ?
1-855-456-9126

हिंदी
اللغة العربية
한국의

www.aetnabetterhealth.com/newyork

AZ-11-10-01

English

aetna℠

AETNA BETTER HEALTH®

NEW YORK
MANAGED LONG-TERM CARE (MLTC)
PROGRAM

MEMBER HANDBOOK

English

HELPFUL INFORMATION

Name	Phone, Fax, Email	Address
Aetna Better Health Member Services	Ph: 1-855-456-9126 Fax: 1-855-863-6421 Website: www.aetnabetterhealth.com	Aetna Better Health 55 West 125th Street, Suite 1300 New York City, NY 10027
Services for the Hearing Impaired	New York Relay 7-1-1	
Non-Emergency Transportation	Call your care management team or Aetna Better Health Member Services at 1-855-456-9126	
Emergency Medical Services	9-1-1	
Dental Services	Ph: 1-800-468-9868 TTY: 1-800-662-1220 Monday - Friday 8 a.m. – 6 p.m.	
Provided by Healthplex	Ph: 1-855-873-1282 Monday – Friday 8 a.m. – 8 p.m.	
Vision Services Provided by EyeQuest	Call Aetna Better Health Member Services at Ph: 1-855-456-9126	
Language Interpretation Services	Call Aetna Better Health Member Services at Ph: 1-855-456-9126	
Grievance and Appeals	Call Aetna Better Health Member Services at Ph: 1-855-456-9126 Fax: 1- 855-264-3822	Aetna Better Health Grievance & Appeals Dept 55 West 125th Street, Suite 1300 New York City, NY 10027
Fraud and Abuse Hotline	Ph: 1-855-456-9125	
Nassau County Department of Social Services (DSS)	Ph: 516-227-7474	
Suffolk County Department of Social Services (DSS)	Ph: 631-854-9935	
New York City Human Resource Administration (HRA)	Ph: 1-877-422-8411	
NY Department of Aging	Ph: 518-474-7012	
NYS Department of Financial Services	PH: 1-800-400-8882	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
State Department of Health Bureau of Continuing Care Initiatives	1-866-712-7197	

English

TABLE OF CONTENTS

WELCOME TO AETNA BETTER HEALTH 7

YOUR MEMBER HANDBOOK 7

WHAT IS MANAGED LONG-TERM CARE? 7

MEMBER SERVICES 8

- Language, Formats, and Interpretive Services 8
- Aetna Better Health Website 9

ELIGIBILITY AND ENROLLMENT HELP 9

- How Do I Enroll? 9

WELCOME PACKET 11

- Member ID Card 11
- Notice of Privacy Practices 12

MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES 12

- Member Rights 12
- Member Responsibilities 13

GETTING CARE/CARE MANAGEMENT 14

- Care Management 14
- If Your Provider Leaves Aetna Better Health 14
- If You Get a Bill 15
- Provider Directory 15

HEALTH CARE APPOINTMENTS 15

COVERED SERVICES 16

- Obtaining Services 20
- Second Opinions 20
- Out-of-Network Care 20
- If You Are Leaving Aetna Better Health's Service Area 21

TRANSPORTATION SERVICES 21

EMERGENCY SERVICES 21

- Out-of-Area Emergency Care 21

NON-COVERED SERVICES 22

SERVICE AUTHORIZATIONS AND ACTIONS 22

- Service Authorization Steps 23
- Service Authorization Review Process 23
- Concurrent Review 23
- Retrospective Review 23

ACTIONS AND APPEALS 24

English

What is an Action? 24
Timing of Notice of Action 24
Contents of the Notice of Action 24
How Do I File an Appeal of an Action? 24
How Do I Contact my Plan to File an Appeal? 25
For Some Actions You May Request to Continue Service during the Appeal Process 25
How Long will it Take the Plan to Decide My Appeal of an Action? 25
Expedited Appeal Process 25
If the Plan Denies My Appeal, What Can I Do? 26
State Fair Hearing 26
State External Appeals 26

GRIEVANCES & APPEALS 27
What is a Grievance? 27
The Grievance Process 27
How do I Appeal a Grievance? 28
Complaints to New York State 28

CONFIDENTIALITY 28

CHANGE OF INFORMATION 29

COORDINATION OF BENEFITS (COB) 29

FRAUD AND ABUSE 29

ADVANCE DIRECTIVES 30
What Are Advance Directives? 30
New York State Proxy 30
Living Will 30
Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR)/Do Not Resuscitate (DNR) Order 30

OTHER INFORMATION AVAILABLE TO YOU 31
Health Education Member Advisory Committee 31
Program Referral and Service Changes 31

MEDICAID SPEND DOWN/SURPLUS 31

VOLUNTARY AND INVOLUNTARY DISENROLLMENT (LOSS OF YOUR AETNA BETTER HEALTH COVERAGE) 31
Voluntary Disenrollment 31
Involuntary Disenrollment 32

SPANISH LANGUAGE HANDBOOK 33

WELCOME TO AETNA BETTER HEALTH

Thank you for choosing Aetna Better Health for your managed long-term care health plan! Our goal is to provide you with:

- The quality care you need
- The respect you deserve
- Excellent customer service

Aetna Better Health is a new managed long term care plan in New York. While we are new to the state, we have more than 25 years of managing care for people who need long-term care services. We understand the needs of our members. We will work with local New York providers and community groups to meet those needs.

Our parent company, Aetna, is a leading national company that serves about 36.5 million people, with 1.2 million of those Medicaid members.

Aetna Better Health's goal is to keep people in their homes as long as they can. We help arrange for the many services that are needed to make that possible.

We want to be sure you get off to a good start as a new member. This handbook is to help you understand your health plan and benefits.

YOUR MEMBER HANDBOOK

Please take the time to read your member handbook.

This member handbook explains managed long-term care. It tells you how to request services, file a complaint or grievance, disenroll from Aetna Better Health, and talks about your rights and responsibilities as a member. Here is what you will find in this handbook:

- What is managed long-term care
- How to get long-term care services
- How to get help with appointments
- How to file a grievance or appeal
- What is care management

WHAT IS MANAGED LONG-TERM CARE

The main goal of managed long-term care is to help you stay in your home or community as long as possible. It gives you the care and support you need to let you do the day-to-day activities that you may no longer be able to do without help. It provides helpful medical, personal, and social services you may need. Aetna Better Health has a network of quality providers in your area. You will be able to select providers from this network that best meet your needs. As a member, you will be assigned a care management team that will get to know you and your needs. The team will help you find the long-term care providers, services and supports that will help you meet your needs.

An aide may be assigned to help you with activities of daily living (ADL) when you can no longer do these things for yourself. ADL's include things you do every day, such as:

- Eating
- Going to the bathroom
- Getting out of bed
- Bathing
- Dressing

Help with these activities may be given at home by caregivers, such as home health aides or personal care aides.

If you are not able to stay in your own home we still can help. Our goal is to help you to stay as independent as possible.

At times, you may need more care than we can give you at home. When this happens you may need to go to a nursing home. Your stay at the nursing home may be for a short time or permanent. We are contracted with nursing homes to make sure you have choices when you can no longer stay at home. Your care manager will help you and your family with this decision.

MEMBER SERVICES

Aetna Better Health's Member Service Department is here to help you. Our phone line is open 24 hours a day, seven days a week. Call toll-free at 1-855-456-9126. These are some of the questions Member Services can answer.

- What are your rights and responsibilities
- How and where do you get care
- What are your benefits and health care services
- What is an advance directive
- How do you get advance directive information
- How do you file a complaint or grievance
- How do you get a Fair Hearing
- How do you get a ride to medical services

Language, Formats, and Interpretive Services

You can get this handbook and other member information in a different language or format. Here are examples of other ways you can get this handbook.

- Printed in another language
- Large print
- Recorded

All handbooks and member information in other formats or languages are free. Call Aetna Better Health Member Services toll free at 1-855-456-9126 to ask for a copy.

If your main language is not English, please call Member Services. We will get you an interpreter who can translate any language. We can also help you if you need a sign language interpreter. Let us know 3 days ahead of time if you need a sign language interpreter. These services are free.

If you have a hearing disability, you can also call NY Relay 7-1-1.

Aetna Better Health Website

Aetna Better Health has a website that is easy to use. This website makes it easy for you to find a provider in your area or to get benefit information, the member newsletter, and much more. Go to www.aetnabetterhealth.com and select New York from the list.

English

ELIGIBILITY AND ENROLLMENT HELP

Aetna Better Health is a managed long-term care plan. You have a choice of managed long-term care plans serving your area. If you change your mind about joining Aetna Better Health, you can disenroll at any time. You are eligible to join Aetna Better Health if:

- You are age 21 or older
- You are Medicaid and Medicare eligible
- If you are eligible for Medicaid but not Medicare, you must need a nursing home level of care
- You live in our service area:
  - Manhattan
  - Brooklyn
  - Queens
  - Nassau County
  - Suffolk County
- You are able to live safely in your home and community at the time you join Aetna Better Health
- You are expected to need one or more managed long-term care (MLTC) services for at least 120 days from the date that you join Aetna Better Health. MLTC services include:
  - Home health aide services
  - Therapies in your home like physical therapy or occupational therapy
  - Personal care services in your home like help with taking a bath, eating, or dressing
  - Adult day health care
  - Social day care, if used as a substitute for in-home personal care services
  - Nursing services in the home

You have a physician (Primary Care Provider) who agrees to work with Aetna Better Health or you are willing to change to a physician who will work with us. Working with your physician means he or she is willing to write orders for covered services that allow you to receive care from network providers upon enrollment.

How Do I Enroll?

If you would like to enroll with Aetna Better Health, call us at 1-855-456-9126. We would love to have you as our member!

Your enrollment in Aetna Better Health will not affect your Medicare or Medicaid benefits. You will still be able to have your physician visits, laboratory, pharmacy, and hospitalizations covered by Medicare or Medicaid. Your care manager will help you coordinate these services and your transportation.

English

Aetna Better Health does not discriminate or limit enrollment based on your health status, a change in your health status or the cost of services you need.

To enroll:

1) Call us to schedule an appointment. You or someone on your behalf (like a family member or provider) can call.
2) One of our staff will explain our services in detail. Our registered nurse will complete an assessment in your home. The assessment lets us know the type of care you need based on your health and ability to do everyday activities. During this visit we will:
   - Determine if you are eligible to join the program.
   - Assist you with completing the enrollment application and the Medicaid application, if needed. Your application for Aetna Better Health will be held until your Medicaid application is approved.
   - Review this member handbook in detail, including member rights and responsibilities.
   - Review the provider directory.
   - Develop a proposed care plan with you and anyone else involved in your care, such as family members.

If you are interested in enrolling and you qualify to become an Aetna Better Health member, you or your representative must sign:

- An Enrollment Agreement
- A Privacy Request form. This allows the care manager to speak to your Primary Care Provider (PCP) about your care plan.
- Authorization for nursing assessment. This allows our nurse to complete your assessment.
- Release to Photograph (optional).

We will submit your application to New York State Medicaid, if needed.

Your application for Medicaid will be reviewed and your enrollment into the Medicaid program will be determined by the New York City Human Resources Administration (NYC HRA) or the Local Department of Social Services (LDSS) in Nassau or Suffolk County. The coverage explained in this member handbook becomes effective on the effective date of your enrollment in the Aetna Better Health Plan. Enrollment in Aetna Better Health is voluntary. If you have questions about our plan or enrollment you can call Member Services at 1-855-456-9126, whether you are already an Aetna Better Health member or not.

If you are new to Aetna Better Health and are getting an ongoing course of treatment from a provider who is not in our network, you may continue the treatment for up to 60 days from the day you enroll with Aetna Better Health. In order continue the treatment your provider must:

- Accept Aetna Better Health's payment rate
- Adhere to Aetna Better Health's policies including quality assurance
- Provider medical information about the care to Aetna Better Health.

WELCOME PACKET

You will receive a welcome packet with an identification card when you become enrolled in Aetna Better Health.

The welcome packet includes:

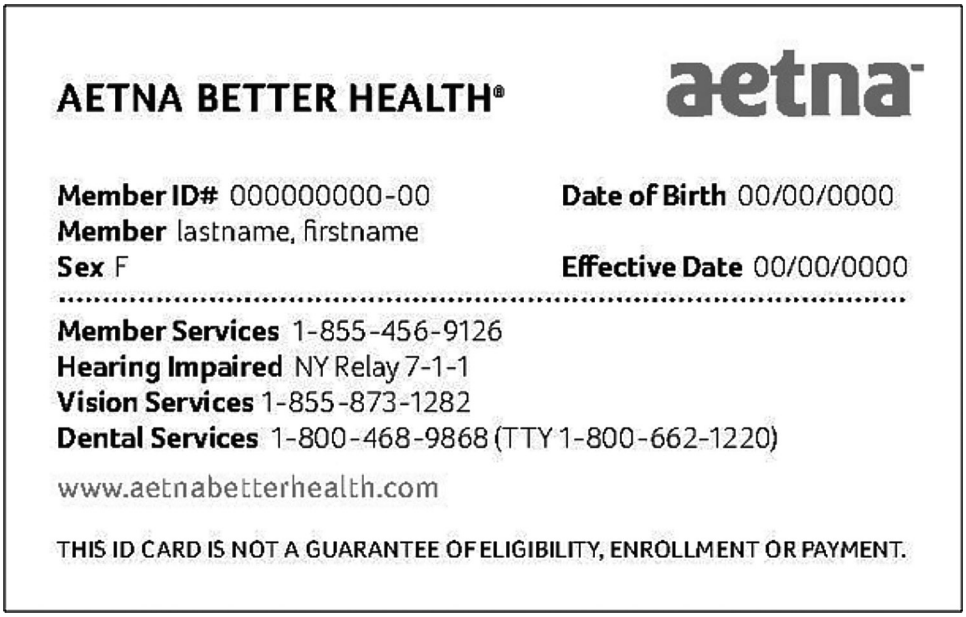
- A welcome letter
- A welcome newsletter
- Member Identification (ID) card
- A Notice of Privacy Practices

Member ID Card

You will get an Aetna Better Health Identification Card (ID) card when you join our health plan. If you do not receive your card or if your card is lost or stolen, call Member Services toll free at 1-855-456-9126. We will send you a new card. Never let anyone else use your ID card.

Your identification card has your effective date of coverage printed on it. This is the date that you can start getting services as a member of our health plan. You must carry this card and your Medicare or Medicaid card with you at all times. Here is what your ID card looks like.

Front of your Aetna Better Health ID card:


AETNA BETTER HEALTH®

aetna

Member ID# 000000000-00 **Date of Birth** 00/00/0000
Member lastname, firstname
Sex F **Effective Date** 00/00/0000

Member Services 1-855-456-9126
Hearing Impaired NY Relay 7-1-1
Vision Services 1-855-873-1282
Dental Services 1-800-468-9868 (TTY 1-800-662-1220)

www.aetnabetterhealth.com

THIS ID CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT.

Back of your Aetna Better Health ID card:

Urgent Care: Call your Primary Care Provider (PCP).

Emergency Care: Call 911 or go to the nearest emergency room when your medical situation is very serious – when it may be life or death. Call your PCP as soon as you can.

Verify member eligibility at **www.aetnabetterhealth.com** or call **1-855-456-9126.**

Prior authorization required for selected outpatient services. To notify of an admission, please call **1-855-456-9126.**

Send Medical Claims To:
Aetna Better Health (NY)
PO Box 63848
Phoenix AZ 85082

Electronic Claims:
Payer ID# 34734

As an Aetna Better Health member, you will get dental services from Healthplex. Healthplex will also send you a dental ID card. Use your dental ID card whenever you get dental care.

Notice of Privacy Practices

Your welcome packet has a Notice of Privacy Practices. It says how we use your personal health information. It tells how you can get copies of your health records. It shows how to make changes in your records. Your health care information is private. We will only give it out if the law allows or if you let us give it out. For another copy, please call Member Services at 1-855-456-9126 or visit our website at www.aetnabetterhealth.com.

MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Member Rights

Aetna Better Health members have rights. Here is a list of your rights:

- You have the Right to be treated with respect and dignity.
- You have the Right to receive medically necessary care.
- You have the Right to request to change your care manager.
- You have the Right to timely access to care and services.
- You have the Right to privacy about your medical record and when you get treatment.
- You have the Right to get information on available treatment options and alternatives presented in a manner and language you understand.
- You have the Right to get information in a language you understand; you can get oral translation services free of charge.
- You have the Right to get information necessary to give informed consent before the start of treatment.
- You have the Right to get a copy of your medical records and ask that the records be amended or corrected.
- You have the Right to take part in decisions about your health care, including the right to refuse treatment.

- You have the Right to be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation.
- You have the Right to get care without regard to sex, race, health status, color, age, national origin, sexual orientation, marital status or religion.
- You have the Right to be told where, when and how to get the services you need from your managed long-term care plan, including how you can get covered benefits from out-of-network providers if they are not available in the plan network.
- You have the Right to complain to the New York State Department of Health or your Local Department of Social Services; and, the Right to use the New York State Fair Hearing System and/or a New York State External Appeal, where appropriate.
- You have the Right to appoint someone to speak for you about your care and treatment.

English

Member Responsibilities

As an Aetna Better Health member it is your responsibility to:

- Learn and understand each Right you have under this Managed Long Term Care program.
- Ask questions if you do not understand your Rights.
- Know the name of your Primary Care Provider (PCP) and your care manager.
- Know about your health care and the process for getting care.
- Use providers who work with Aetna Better Health for covered services.
- Get approval from your Primary Care Provider, care manager or care management team, as required, before getting a covered service.
- Know when you should and should not go to the emergency room.
- Contact your care management team any time you use the Emergency Room, are hospitalized, get new prescriptions or receive a referral for another medical provider.
- Treat the health care professionals who are giving you care respectfully.
- Tell Aetna Better Health about your care needs, concerns, questions, or problems.
- Give your health care providers all the information they need.
- Ask for more information if you do not understand your treatment or health condition(s).
- Participate in managing your own health by telling your provider about your health care concerns and needs.
- Notify Aetna Better Health when you go away or out of town.
- Make all required payments to Aetna Better Health.
- Follow your care manager's advice or talk to your care manager if you are unable or are unwilling to follow the care plan.
- Protect your member ID card and show it when you get service.
- Tell Aetna Better Health about any other insurance you have.
- Tell Aetna Better Health if you are applying for other health care benefits.
- Contact your care management team or Member Services toll free at 1-855-456-9126 right away if your address or phone number changes.

GETTING CARE/CARE MANAGEMENT

Care Management

Aetna Better Health provides every member with a care manager and a care management team. The care manager leads the team. Your care manager is a health care professional, generally a nurse or a social worker. The care management team also includes a social worker (SW) and a care management associate (CMA) to help with your daily needs. They will work with you to make sure you get the health care and services you need.

Once you agree to become a member of Aetna Better Health, your care manager will talk to the nurse who made your home visit. The information from your home visit will be reviewed. Your care manager will then contact you to talk with you more about your needs. Together, you will develop your plan of care.

Your plan of care is based on your health status and health care needs. Your Primary Care Provider may give us information, talk with you and your care manager, and help develop your care plan. We also get input from your family, caregivers, and others that you think are important for us to talk with. The care plan will describe the personal care hours you need. The care plan will list other services you will get from Aetna Better Health. The care plan will describe the services that Aetna Better Health will cover and the schedule for delivering the services. Your care plan is important. It shows that we have all worked together to decide how we will help you. It includes the services we will pay for to help you get and stay as healthy as you can be.

After your care plan is developed, your care team will help you get all the care and services you need. The care management team will work with you to make appointments for any health care services you need. The care management team will also set up the transportation you need to receive those services.

Your care manager will call you at least once a month to check on you. If you need it, your care manager will also come to your home. You will always have your care manager's phone number. You can call to talk to your care team or for help at any time. If you need help after work hours or on weekends, your call will be sent to someone that can help you right away. For example, if you need to know where to go for a pharmacy or for urgent care, your call will be sent to the on-call staff who will help you if you need transportation. If that happens, your care manager will get information about your call so that someone on your care management team can make sure you got what you needed.

Services will begin the first day of the month after your enrollment application is approved.

Your care management team will help to coordinate your care such as physician visits, prescription drugs, and hospital admissions with other health providers. You can participate in your care by sharing with your care management team your needs and concerns so that you may continue to live independently in your community. You and your care management team will review your care plan at least twice every year. The care team may also review your care plan if your condition changes to make sure you receive the services you need.

Aetna Better Health members must use in-network, contracted providers to obtain covered long-term care services unless approved by the care management staff ahead of time. If we don't have the type of provider you need, your care management team will find a provider that is out of network. If you need a provider that is not in our network please call your care management team.

If Your Provider Leaves Aetna Better Health

If your provider leaves the program during the course of your treatment, Aetna Better Health will pay for the continuation of the services you are getting from your provider for up to 90 days while a new network provider is assigned. For this to happen, the provider must:

- Accept payment at the Aetna Better Health rate
- Adhere to Aetna Better Health other policies including quality assurance
- Provide medical information about the care to Aetna Better Health.

English

If You Get a Bill

Aetna Better Health pays network providers based on the state's Medicaid rates. You should not get a bill from Aetna Better Health network providers for covered services. You do not have to pay a network provider for covered services even if Aetna Better Health denies payment to them. If we do not pay for all or part of a covered service, the provider is NOT allowed to bill you for what we did not pay.

If you get a bill that you think you should not have gotten, call your care manager or Member Services at 1-855-456-9126. We will be happy to help.

There are times you might have to pay. You may get billed for these services:

- Services by out-of-network providers that are not approved in advance by Aetna Better Health
- Services not covered by Aetna Better Health.

Provider Directory

Aetna Better Health's Provider Directory is available online at www.aetnabetterhealth.com. A copy was also given to you during the home visit when you applied for Aetna Better Health. You can call Member Services at 1-855-456-9126 if you need a new copy.

You can choose from any network provider. If you wish to change providers your care management team will help.

If you are on Medicare and Medicare is paying for a Medicare covered service, you can see any provider for that service, even if they are not in the Aetna Better Health network. If your Medicare coverage ends, you will have to change to a provider who is in Aetna Better Health's network.

The Provider Directory lists health care providers in our network, including phone number, location and any non-English languages spoken.

If you want help finding a provider for any of our services, call your care management team or Member Services at 1-855-456-9126. They will be glad to help you. You may also call Member Services if you want a provider to be added to our network. If the provider meets our standards we will ask them to join our network.

HEALTH CARE APPOINTMENTS

Tell your care management team about your medical or health care appointments. You should tell your care manager about what happened at your medical or health care appointment. Include information about any changes to your medications or services. If you are unsure about what happened, tell your care management team. Your care manager will help you understand what happened. Your care manager will also help you include any new information in your care plan.

English

COVERED SERVICES

Covered Services are services that we will pay for because you are a member of Aetna Better Health. These services should be provided by a Network Provider. The exact service(s) you receive and how often and how long you get them is based on your medical condition(s) and health and social needs. You will receive covered services as long as they are medically necessary. A service is medically necessary if it is needed to prevent, diagnose, correct, or cure conditions that may cause acute suffering, endanger life, result in illness or infirmity, interfere with your capacity for normal activity, or threaten some significant handicap.

The care plan that you develop with your care manager will help make sure that you get what you need. Sometimes Aetna Better Health may need to review your request before you get the service. We may ask your Primary Care Provider for an order or a referral. This is to make sure you get the right care at the right place when you need it.

You will be able to access the care and services you need by calling your care management team. The services you need will be put on your care plan. Most of the time, your care manager will know what you need by just talking to you. You may always ask for a service that you think may help you take better care of yourself.

The following are the kinds of services we may pay for you to receive:

Covered Services	
Adult Day Health Care	This is a place you can go during the day. Adult Day Health Care may be used if you can leave your home, but need help doing some things by yourself. The day health care staff help you with your health care needs, nursing, food and good eating, and help with your social service needs. You may also get rehabilitation therapy and do many fun activities. Your care management team will help you plan what services you get from the center. They will have a nurse to help with taking medications. There is staff there to help with dressing and using the bathroom. They give you lunch and help you to get around if you need it. There are people your age to visit with and activities.
Attendant Care	Attendant Care is a paid caregiver service that helps you with making meals, doing the laundry, shopping, cleaning your house, bathing, dressing, getting around your home, and moving from your bed and chair.
Audiology and Hearing Aids	Treatment and equipment to help you hear better.
Care Management	The focused approach your care team uses to plan your care and coordinate the care and services you need to be as healthy as you can be.
Dentistry	A service by a special type of provider that treats your teeth and gums. Dental services are provided by Healthplex. You can contact them at 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220) Monday - Friday 8 a.m. - 6 p.m. Your coverage includes: ■ 1 exam and cleaning every 6 months ■ Diagnostic X-rays ■ Restorative dentistry (fillings) When medically necessary: ■ Oral surgery ■ Root Canals (pre-authorization is required) ■ Crowns and Dentures (pre-authorization is required). A referral from a General Dentist is required prior to visiting a specialist.

Covered Services	
Dietary Supplements and Nutritional Counseling	Dietary Supplements are extra food products to help you gain weight. Your Aetna Better Health dietary supplements are limited to those members who cannot get nutrition through any other means. Usually this means that you need to get your food through a special feeding tube and cannot chew or swallow food. Some members may have rare disorders that keep them from getting major nutrients unless they get specific medical food. We would pay for the medical food for those members. Nutritional Counseling is help you get from someone who knows about healthy food choices.
Durable Medical Equipment	Items to help with your health care and to take care of yourself. DME includes: ■ Hospital bed ■ Wheelchairs ■ Oxygen ■ Walkers and ■ Canes
Home Care: ■ Skilled / Licensed ■ Nursing ■ Physical Therapy ■ Occupational Therapy ■ Speech Pathology **Non-Licensed** ■ Home Health Aide ■ Medical Social Services	Services provided in your home. These services may be provided by licensed staff or unlicensed staff. Types of licensed or skilled services include nursing, physical / occupational / or speech therapy. To receive some of these services, you need to be unable to leave your home. You will need a physician order to received skilled services in your home. Your Care Manager will help you get the order. Your physician may order Home Health Nursing services for you. The home health nurse will be a RN or a LPN based on the type of care you need. The amount of time the nurse spends with you is based on your health care needs. Your nurse may visit you every once in a while when you have a special need. The nurse may also schedule regular times with you. Nursing services include setting up medicine, giving you medicine, wound care, health care teaching, and other health care treatments. If you need a nurse at home, your doctor will order it. The nurse will follow the doctor's orders and will work with your care management team to make sure you have what you need.

English

Covered Services	
Home Care (cont'd)	**Physical therapy (PT):** PT services are provided by a licensed and registered physical therapist. The purpose of PT is to reduce any physical or mental disability. The PT helps you move better and decrease pain you may have. PT may include heat packs or exercises. **Occupational therapy (OT):** Rehabilitation OT services are provided by a licensed and registered occupational therapist. The purpose of OT is to reduce any physical or mental disability. The OT helps to improve your ability to take care of yourself. OT may include teaching you to feed or dress yourself. Non-licensed services are provided by Home Health Aides and other non-licensed staff. . These services include help to deal with problems that come with being ill, help to get health care, and to stay as well as you can be. These services are approved by your Care Management Team. **Home health aide (HHA)** is someone who helps you with health care tasks. The HHA provides services based on the plan of care set by your care management team, home health RN, or therapist The HHA may also help you with tasks such as your bathing, using the bathroom, taking care of your home.
Home Delivered or Congregate Meals	Home delivered meals are delivered to your home when you cannot cook for yourself. The type of meal will be based on the care plan you and your care management team have made together. Congregate meals are nutritionally balanced meals served in a specific location such as a community or senior center.
Medical Social Services	Checking, setting up and giving help for social problems to keep you in your home. Services are performed by a qualified social worker and provided within a plan of care.
Medical Supplies	Products needed to take care of a medical condition. Usually these products are not re-usable by other people. New York Medicaid allows us to pay for compression and support stockings only when they are used to treat venous stasis ulcers.
Non-Emergency Transportation	Transportation that is related to a medical need that is not an emergency. The type of transportation you use is based on your need. You may travel by public transportation such as a bus, subway, taxi, or livery service. You may need to travel by an ambulette or ambulance. Non-emergency transportation is arranged as you need it through your Aetna Better Health care management team.

Covered Services	
Nursing Home Care	A nursing home is a place for people who don't need to be in a hospital but can't be cared for at home. Most nursing homes have nursing aides and skilled nurses on hand 24 hours a day. Some nursing homes are set up like a hospital. The staff provides medical care, as well as physical, speech and occupational therapy. There might be a nurses' station on each floor. Other nursing homes try to be more like home. They try to have a neighborhood feel. Often, they don't have a fixed day-to-day schedule, and kitchens might be open to residents. Staff members are encouraged to develop relationships with residents. Some nursing homes have special care units for people with serious memory problems such as Alzheimer's disease. Some will let couples live together. Nursing homes are not only for the elderly, but for anyone who requires 24-hour care. For Aetna Better Health to pay for nursing home care, you must be eligible to receive the nursing home care from Medicaid in New York.
Occupational Therapy (up to 20 visits a year), provided in a setting other than a home	Treatment and exercises that help you do your day to day activities better after you have had a health problem or injury. This includes washing yourself, getting dressed, and combing your hair. It also includes helping you learn to write and feed yourself.
Personal Care	Service to help you stay at home instead of going to a nursing home. Personal care includes services such as housekeeping, meal preparation, bathing, toileting, and grooming. To have personal care, we need notes that show you are safe in your home.
Personal Emergency Response System (PERS)	An alarm system in your home that sends an alert if you are not safe or have fallen and cannot get up by yourself.
Physical Therapy (up to 20 visits a year), provided in a setting other than a home	Treatment of parts of your body (arm, leg, back, etc.) that can help you move better and help you have less pain.
Podiatry	Care for your feet by a podiatrist (foot doctor).
Private Duty Nursing	Continuous and skilled care provided by a skilled nurse in your home. The licensed nurse is a registered (RN) or a licensed practical nurse (LPN).
Prosthetics and Orthotics	Prosthetics are man-made body parts used to replace your missing body part(s). Orthotics are special inserts for your shoes. ■ Prescription footwear is limited to treatment of diabetics or when shoe is part of a leg brace (orthotic).
Respiratory Therapy	Treatment to help you breath better.

Covered Services	
Social and Environmental Supports	Social Supports are people and tools that help keep you in touch with other people. Environmental Supports are changes to your home that increase your ability to do things on your own or increase your ability to help with your care. Social and environmental supports include services such as home maintenance tasks, homemaker/chore services, housing improvement, and respite care.
Social Day Care	Social day care is set up as a safe place you can go to receive care and meet with others. Social day care services include time with other adults, supervision, personal care, and help with your nutrition. Some social day care facilities have more services and may include help for your caregiver, help with living skills, care coordination, and transportation.
Speech Therapy (up to 20 visits a year), if provided in a setting other than a home	Treatment to help you talk better. It also helps improve the way you talk so you are easier to understand.
Vision ■ Glasses (1 every 2 years) ■ Visits with an optometrist (1 every 2 years	Eye care. Visits to check your eyes and how well you see.

Obtaining Services

To obtain any covered services listed above, talk to your care manager.

Your care manager will be able to review and approve most services you need. When you are approved to receive services, we will pay for you to receive the services for a period of time. Often you may need home care services for a long time, so we will approve those services for up to six months. If we think that you need more or less services, your care manager will talk to you about your needs. After that discussion and with your agreement, we may change the amount or type of services we will pay for. Your care manager will work with your doctor and other Aetna Better Health staff to make sure you receive what you need.

Second Opinions

You can get a second opinion from another provider in our network. You can do this at no cost to you. If you would like a second opinion let your care management team know and they will help you.

Out-of-network Care

You must get covered services from providers in the Aetna Better Health network. You may obtain a referral to a health care provider outside the network in the event Aetna Better Health does not have a provider with appropriate training or experience to meet your needs. If you require an out of network provider, please contact your care management team to assist you in obtaining an authorization. When using a provider outside of the Aetna Better Health network for covered services, you must get an authorization from Aetna Better Health before seeing the provider. Without first obtaining the required authorization, the provider will not be paid for services. If you have questions regarding this process, please contact your care management team or call Member Services at 1-855-456-9126.

If you want a service and your provider will not give you that service because of moral or religious reasons, please call your care management team or Member Services toll free 1-855-456-9126. They will help you find a provider for the covered service.

You should not get a bill or have to pay for covered services. Please call your care management team or Member Services toll free 1-855-456-9126 if you do.

English

If You Are Leaving Aetna Better Health's Service Area

Aetna Better Health's service area is Manhattan, Brooklyn, Queens, Nassau County, and Suffolk County. If you are planning to spend some time away from home, please let your care management team know immediately. If you are planning to leave the service area for more than 60 consecutive days, it will be difficult for Aetna Better Health to monitor your health needs properly. If this situation should occur, Aetna Better Health will no longer be appropriate for you, and you must be disenrolled. In this case you should call your care manager to discuss your options.

TRANSPORTATION SERVICES

If you need a ride to your health care visits, please call your care management team or Member Services toll free at 1-855-456-9126. If you need a family member or personal care attendant to ride with you, they can at no cost to you.

If you have a medical emergency, dial 911. Use of emergency transportation must be for emergencies only.

You need to set up a ride for non-emergency transportation at least three days before your visit. If the situation is urgent, please call your care management team or Member Services for assistance.

EMERGENCY SERVICES

We want you to get the care you need. If you have an emergency, you should call 911. In an emergency, you may visit any Emergency Room or urgent care clinic. For urgent needs, Aetna Better Health has a nurse or care manager that you can call 24 hours a day, 7 days a week at 1-855-456-9126. Urgent care means a medically necessary service needed in order to prevent a serious deterioration in your health that results from an unforeseen illness or injury. We will help you find an urgent care clinic and help with transportation if you need it.

Out-of-Area Emergency Care

In the event of a medical emergency, call 911 or seek care in an emergency room even if you are out of your service area. After the medical emergency, your family or informal support should contact your care management team within 24 hours, if possible, so we can offer whatever help we can. We may need to adjust your care plan to meet any changes in your medical needs.

An emergency is the sudden onset of a medical condition with severe symptoms, including severe pain. These symptoms are so serious that an average person with an average knowledge of health and medicine could reasonably expect that not getting immediate medical attention will result in:

- Placing the member's health in serious jeopardy
- Serious impairment to bodily functions
- Serious dysfunction of any body organ or part.

English

NON-COVERED SERVICES

The following services are not covered by Aetna Better Health but are covered by Medicare or Medicaid on a fee-for-service basis.

Your care management team will arrange and coordinate these services for you, as needed. It is important that all the providers involved in your care talk to each other. You and your family should also be involved. Your care manager is a very important source of information and help.

The care management team's primary job is to be the link between you and all of your health care providers. Your care management team will help to make sure you get the care you need no matter who pays for your care.

The following services are not covered by Aetna Better Health but Aetna Better Health will arrange and coordinate these services for you.

Non-Covered Services	
Chronic Renal Dialysis	Office for People with Developmental Disabilities (OPWDD) Services
Emergency Room Services	Outpatient Hospital Services
Emergency Transportation (Emergency or ambulance transportation to a hospital)	Physician Services (including services provided in an office setting, a clinic, a facility, or in the home)
Family Planning Services	Prescription and Non-Prescription Drugs
Inpatient Hospital Services	Radiology and Radioisotope Services
Laboratory Services	Rural Health Clinic Services
Behavioral Health Services	Alcohol and Substance Abuse Services

You must pay for services that are not covered by Aetna Better Health or by Medicaid if your provider tells you in advance that these services are not covered and you agree to pay for them. Examples of services not covered by Aetna Better Health or Medicaid include:

- Cosmetic surgery if not medically necessary
- Personal and comfort items
- Infertility treatments
- Services of a provider that is not a part of Aetna Better Health unless Aetna Better Health has sent you to that provider.

SERVICE AUTHORIZATIONS AND ACTIONS

Some types of services need an order from your doctor or approval by our Prior Authorization staff before you receive them. Your care management team knows which services require authorizations and will help you and your provider request services.

English

Service Authorization Steps

Following are the steps for pre-approval:

- Your provider gives Aetna Better Health information about the services he or she thinks you need.
- Aetna Better Health reviews the information.
- If the request cannot be approved, a different Aetna Better Health provider will review the information.
- Aetna Better Health will let you know when we make a decision. We will send you and your provider a letter to tell you about our decision. You and your provider will get a letter when a service is approved or denied.
- If the request is denied, the letter will say why.
- If a service is denied, you or your provider can file an appeal.
- Please see page 24 for more information on Appeals. Your care manager will always be available to help you, even if you don't agree with our decision.

Service Authorization Review Process

We compare the notes from your provider with criteria (or rules) to make sure you need the care. When we do this review, we are making sure that the care or services requested for you are "medically necessary." "Medically Necessary" means that you need the care or service to prevent, diagnose, correct, or cure conditions that may cause acute suffering, endanger life, result in illness or infirmity, interfere with your capacity for normal activity, or threaten to cause some significant handicap.

The criteria we use to make our decisions are used by other health plans across the country and help us make the best decision we can about your care. We call these guidelines "clinical practice" guidelines. You or your provider can get a copy of the guidelines Aetna Better Health uses to approve or deny services. If you want a copy of the guidelines or do not agree with the denial of your services, please call your care manager or Member Services at 1-855-456-9126.

We review urgent requests quickly - always within 3 business days of receiving the request. Standard requests for services may take up to 14 days for review and for us to make a decision. If your provider doesn't give us enough information to make a decision, we may send you an extension letter to give us 14 more days to get the information and make a decision. We will only use the extension letter if getting more information is in your best interest.

Remember: All services by providers that are not in our network need pre-approval.

Concurrent Review

Sometimes Aetna Better Health will review services while you are receiving them. This is called "concurrent review." This type of review is to make sure you are getting better. Examples of when we will do concurrent review include Nursing Home care or ongoing therapy services in your home (physical or occupational therapy.) If it looks like you need more care or if you are not getting better, your care manager will talk to you. A Care Team Meeting may be called to discuss how you are doing. You are invited to that meeting. A plan will be developed to better meet your needs.

Retrospective Review

If you have Medicare or receive care or services without Aetna Better Health knowing about it, we may do a retrospective review. That means that we will review your care after you have already received it. We use this information to make sure you are getting high quality care and to make sure that your benefits are being used correctly.

ACTIONS AND APPEALS

What is an Action?

When Aetna Better Health denies or limits services requested by you or your provider; denies a request for a referral; decides that a requested service is not a covered benefit; reduces, suspends, or terminates services that we already authorized; denies payment for services; does not provide timely services; or does not make grievance or appeal determinations within the required timeframes, those are considered plan "actions." An action is subject to appeal. (See How do I File an Appeal of an Action? below for more information.)

Timing of Notice of Action

If Aetna Better Health decides to deny or limit services you requested or decides not to pay for all or part of a covered service, we will send you a notice when we make our decision. If we are proposing to reduce, suspend, or terminate a service that is authorized, our letter will be sent at least 10 days before we intend to change the service.

Contents of the Notice of Action

Any notice we send to you about an action will:

- Explain the action we have taken or intend to take
- List the reasons for the action, including the clinical reasons, if any
- Describe your right to file an appeal with us (including whether you may also have a right to the State's external appeal process)
- Describe how to file an internal appeal and the circumstances under which you can request that we speed up (expedite) our review of your internal appeal
- Describe the clinical review criteria relied upon in making the decision, if the action involved issues of medical necessity or whether the treatment or service in question was experimental or investigational
- Describe the information, if any that must be provided by you and/or your provider in order for us to render a decision on the appeal

If we are reducing, suspending, or terminating an authorized service, the notice will also tell you about your right to have services continue while we decide on your appeal. The notice will tell you how to request that services be continued. It will tell you when you might have to pay for services if they were continued while we were reviewing your appeal.

How Do I File an Appeal of an Action?

If you do not agree with an action that we have taken, you may appeal. When you file an appeal, it means that we must look again at the reason for our action to decide if we were correct. You can file an appeal of an action with Aetna Better Health orally or in writing. When we send you a letter about an action we are taking (like denying or limiting services, or not paying for services), you must file your appeal request within 45 calendar days of the date on our letter. If you call us to file your request for an appeal, you must send a written request unless you ask for an expedited review.

English

How Do I Contact my Plan to File an Appeal?

We can be reached by calling 1-855-456-9126 or writing to:

Aetna Better Health
Grievance and Appeals Dept.
55 West 125th Street, Suite 1300
NYC, NY 10027
Fax: 1- 855-264-3822

The person who receives your appeal will record it, and appropriate staff will oversee the review of the appeal. We will send a letter telling you that we received your appeal, and how we will handle it. Your appeal will be reviewed by knowledgeable clinical staff who was not involved in our initial decision or action that you are appealing.

For Some Actions You May Request to Continue Service during the Appeal Process

If you are appealing a reduction, suspension, or termination of services you are currently authorized to receive, you may request to continue to receive these services while we are deciding your appeal. We must continue your service if you make your request to us no later than 10 days from our mailing of the notice to you about our intent to reduce, suspend, or terminate your service, or by the intended effective date of our action, and the original period covered by the service authorization has not expired. Your services will continue until you withdraw the appeal, or until the original authorization period for your services has been met, or until 10 days after we mail your notice about our appeal decision, if our decision is not in your favor, unless you have requested a New York State Medicaid Fair Hearing with continuation of services. (See the Fair Hearing section below.)

Although you may request a continuation of services while your appeal is under review, if your appeal is not decided in your favor we may require you to pay for these services if they were provided only because you asked to continue to receive them while your appeal was being reviewed.

How Long will it Take the Plan to Decide My Appeal of an Action?

Unless you ask for an expedited review, we will review your appeal of an action taken by us as a standard appeal and send you a written decision as quickly as your health condition requires, but no later than 30 days from the day we receive an appeal. The review period can be increased up to 14 days if you request an extension or we need more information and the delay is in your interest. During our review you will have a chance to present your case in person or in writing. You will also have the chance to look at any of your records that are part of the appeal review.

We will send a notice about the decision we made about your appeal that will identify the decision we made and the date we reached that decision.

If we reverse our decision to deny or limit requested services, or reduce, suspend, or terminate services, and services were not furnished while your appeal was pending, we will provide you with the disputed services as quickly as your health condition requires. In some cases you may request an “expedited” appeal. (See the Expedited Appeal Process Section below.)

Expedited Appeal Process

If you or your provider feels that taking the time for a standard appeal could result in a serious problem to your health or life, you may ask for an expedited review of your appeal of the action. We will respond to you with

our decision within 2 business days after we receive all necessary information. In no event will the timeframe for issuing our decision be more than 3 business days after we receive your appeal. The review period can be increased up to 14 days if you request an extension or we need more information and the delay is in your interest.

If we do not agree with your request to expedite your appeal, we will make our best efforts to contact you in person to let you know that we have denied your request for an expedited appeal and will handle it as a standard appeal. Also, we will send you a written notice of our decision to deny your request for an expedited appeal within 2 days of receiving your request.

If the Plan Denies My Appeal, What Can I Do?

If our decision about your appeal is not totally in your favor, the notice you receive will explain your right to request a Medicaid Fair Hearing from New York State. The notice will also explain how to obtain a Fair Hearing, who can appear at the Fair Hearing on your behalf, and, for some appeals, your right to request to receive services while the Hearing is pending and how to make the request. If we deny your appeal because of issues of medical necessity or because the service in question was experimental or investigational, the notice will also explain how to ask New York State for an "external appeal" of our decision.

State Fair Hearing

If we did not decide the appeal totally in your favor, you may request a Medicaid Fair Hearing from New York State within 60 days of the date we sent you the notice about our decision on your appeal.

If your appeal involved the reduction, suspension, or termination of authorized services you are currently receiving, and you have requested a Fair Hearing, you may also request to continue to receive these services while you are waiting for the Fair Hearing decision. You must check the box on the form you submit to request a Fair Hearing to indicate that you want the services at issue to continue. Your request to continue the services must be made within 10 days of the date the appeal decision was sent by us or by the intended effective date of our action to reduce, suspend, or terminate your services, whichever occurs later. Your benefits will continue until either you withdraw the appeal, the original authorization period for your services ends, or the State Fair Hearing Officer issues a hearing decision that is not in your favor, whichever occurs first.

If the State Fair Hearing Officer reverses our decision, we must make sure that you receive the disputed services promptly and as soon as your health condition requires. If you received the disputed services while your appeal was pending, we will be responsible for payment for the covered services ordered by the Fair Hearing Officer.

Although you may request to continue services while you are waiting for your Fair Hearing decision, if your Fair Healing is not decided in your favor you may be responsible for paying for the services that were the subject of the Fair Hearing.

State External Appeals

If we deny your appeal because we determine the service is not medically necessary or is experimental or investigational, you may ask for an external appeal from New York State. The external appeal is decided by reviewers who do not work for us or for New York State. These reviewers are qualified people approved by New York State. You do not have to pay for an external appeal.

When we make a decision to deny an appeal for lack of medical necessity or on the basis that the service is experimental or investigational, we will provide you with information about how to file an external appeal,

including a form on which to file the external appeal along with our decision to deny an appeal. If you want an external appeal, you must file the form with the New York State Department of Financial Services within 4 months from the date we denied your appeal.

Your external appeal will be decided within 30 days. More time (up to 5 business days) may be needed if the external appeal reviewer asks for more information. The reviewer will tell you and us of the final decision within 2 business days after the decision is made.

You can get a faster decision if your doctor can say that a delay will cause serious harm to your health. This is called an expedited external appeal. The external appeal reviewer will decide an expedited appeal in 3 days or less. The reviewer will tell you and us the decision right away by phone or fax. Later, a letter will be sent that tells you the decision.

You may ask for both a Fair Hearing and an external appeal. If you ask for a Fair Hearing and an external appeal, the decision of the Fair Hearing officer will be the "one that counts."

GRIEVANCES & APPEALS

Aetna Better Health will try its best to deal with your concerns or issues as quickly as possible and to your satisfaction. You may use our grievance process or our appeal process, depending on what kind of problem you have.

There will be no change in your services or the way you are treated by Aetna Better Health staff or a health care provider because you file a grievance or an appeal. We will maintain your privacy and give you any help you may need to file a grievance or appeal. This includes providing you with interpreter services or help if you have vision and/or hearing problems. You may also choose someone (like a relative or friend or provider) to act for you.

To file a grievance or to appeal a plan action, please call 1-855-456-9126 or write to:

Aetna Better Health
Grievance and Appeals Dept.
55 West 125th Street, Suite 1300
NYC, NY 10027
Fax: 1- 855-264-3822

When you contact us, you will need to give us your name, address, telephone number, and the details of the problem.

What is a Grievance?

A grievance is any communication by you to us of dissatisfaction about the care and treatment you receive from our staff or providers of covered services. For example, if someone was rude to you or you do not like the quality of care or services you have received from us, you can file a grievance with us.

The Grievance Process

You may file a grievance orally or in writing with us. The person who receives your grievance will record it, and appropriate plan staff will oversee the review of the grievance. We will send you a letter telling you that we received your grievance and give you a description of our review process. We will review your grievance and give you a written answer within one of the following timeframes:

1) If a delay would significantly increase the risk to your health, we will decide within 48 hours after receipt of necessary information.

2) For all other types of grievances, we will notify you of our decision within 45 days of receipt of necessary information, but the process must be completed within 60 days of the receipt of the grievance. The review period can be increased up to 14 days if you request it or if we need more information and the delay is in your interest.

Our answer will describe what we found when we reviewed your grievance and our decision about your grievance.

How do I Appeal a Grievance?

If you are not satisfied with the decision we make concerning your grievance, you may request a second review of your issue by filing a grievance appeal. You must file a grievance appeal in writing within 60 business days of receipt of our initial decision about your grievance. Once we have reviewed your appeal, we will send you a written acknowledgment telling you the name, address, and telephone number of the individual we have designated to respond to your appeal. All grievance appeals will be conducted by appropriate professionals, including health care professionals for grievances involving clinical matters, who were not involved in the initial decision.

For standard appeals, we will make the appeal decision within 30 business days after we receive all necessary information to make our decision. If a delay in making our decision would significantly increase the risk to your health, we will use the expedited grievance appeal process. For expedited grievance appeals, we will make our appeal decision within 2 business days of receipt of necessary information. For both standard and expedited grievance appeals, we will provide you with written notice of our decision. The notice will include the detailed reasons for our decision and, in cases involving clinical matters, the clinical rationale for our decision.

Complaints to New York State

At any time, you may contact the New York State Department of Health to file a complaint.

Ph: 1-800-206-8125
NYS Department of Health
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Complaint Unit Room 1911
Corning Tower ESP
Albany, NY 12237-0062

CONFIDENTIALITY

It is the policy of Aetna Better Health to protect your confidentiality and that of your family. To protect this confidentiality:

- All information in your member record is confidential. Aetna Better Health's staff protects against accidental release of information by safeguarding records and reports from unauthorized use.
- All requests for information will be reviewed by the Aetna Better Health Compliance Officer to protect your right to privacy. Only necessary information will be shared with community agencies, hospitals, long-term care facilities, and other providers to ensure the continuity and coordination of your care.

- Aetna Better Health will permit only legally authorized representatives of Aetna Better Health to inspect and request copies of your medical record and other records of the covered services provided to you according to the written consent which you will have been asked to execute authorizing Aetna Better Health to release such information.
- Aetna Better Health will follow all federal and New York State laws regarding confidentiality, including those that relate to HIV testing results.
- Aetna Better Health will maintain all records relating to you for a period of not less than seven (7) years after your disenrollment. Aetna Better Health medical and financial records are, and will remain, the property of Aetna Better Health except in accordance with applicable state and federal law, regulations, and Aetna Better Health policy and procedures.
- Any requests for information received from law enforcement agencies regarding your care, such as from the police or district attorney's office, will be brought to the attention of the Chief Executive Officer of Aetna Better Health prior to providing any information to ensure that the proper authorization is obtained when the law requires it.

English

CHANGE OF INFORMATION

It is very important that we have your correct information. If not, you may not get important notices from us. If you change your address or phone number you must call Member Services toll free at 1-855-456-9126.

You must also call your local New York Department of Social Services or New York City Human Resource Administration (HRA) to let them know about the change. See the Helpful Information section for their phone numbers.

COORDINATION OF BENEFITS (COB)

You may have Aetna Better Health and other medical insurance. Other insurance may include private insurance or Medicare.

If you are, or become a member with other insurance, please call Member Services at 1-855-456-9126.

We work with the other insurance companies to cover your bills. This is called Coordination of Benefits (COB). We will cover your bills only after the other companies have not paid the full amount. This means all claims should be billed to the other insurance companies first.

We will pay your claims after the other insurance companies make their payments. We will make payments up to the amount allowed by New York Medicaid.

FRAUD AND ABUSE

Sometimes members or providers may do dishonest things when they deal with Aetna Better Health. This is called fraud and abuse.

Some examples of provider fraud and abuse are:

- Billing members for covered services (other than your copayments)
- Offering gifts or money for services

English

- Offering free services or supplies to use your Aetna Better Health ID card number
- Giving services you do not need
- Abuse by medical staff.

Some examples of member fraud and abuse are:

- Selling or lending your Aetna Better Health ID card to someone else
- Trying to get drugs or services you do not need
- Forging or changing prescriptions.

Call our hotline to report fraud and abuse. The toll free numbers are 1- 855-456-9125. You do not have to give your name when you report fraud or abuse.

ADVANCE DIRECTIVES

What Are Advance Directives?

Advance directives are legal documents that make sure your wishes about your medical care and treatment are followed if you cannot make decisions for yourself. New York State recognizes three (3) types of advance directives:

New York State Proxy

- **What It Does:** Lets you name a health care agent who will make decisions if you cannot make them yourself.
- **When It Takes Effect:** Only after two doctors decide you are not able to make your own decisions
- **Standard New York Form**

Living Will

- **What It Does:** Lets you say what you want - or do not want - at the end of your life.
- **When It Takes Effect:** When you cannot make your own decisions and your doctor confirms that you have an incurable condition.
- **Not a Standard New York State Form. You can find samples on the Internet. You can also write special instructions on your New York Health Care Proxy Form.**

Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR)/Do Not Resuscitate (DNR) Order

- **What It Does:** Tells health care providers and emergency workers whether you wish to be revived if you stop breathing or your heart stops beating.
- **When It Takes Effect:** When signed by your doctor.
- **Not a Standard New York State Form. You can find samples on the Internet. You can also write DNR instructions on your New York Health Care Proxy Form.**
  - Hospitals have their own forms.
  - Anyone not in a hospital can use a “Nonhospital Order Not to Resuscitate” form.
  - If you are too sick to decide about a DNR, your health care agent or your closest family member can act on your behalf.

OTHER INFORMATION AVAILABLE TO YOU

Aetna Better Health will make other information available to you upon request. Such information includes:

- Information on Aetna Better Health's structure and operations
- List of names, business addresses and official positions of the membership of the board of directors, officers, controlling persons, owners or partners of the plan
- Copy of the most recent annual certified financial statement of the plan, including a balance sheet and summary of receipts and disbursements prepared by CPA
- Procedures for protecting the confidentiality of medical records and other member information
- Written description of the organizational arrangements and ongoing procedures of the quality assurance and improvement program
- Specific written clinical review criteria relating to a particular condition or disease and where appropriate, other clinical information which the plan might consider in its utilization review process
- Written application procedures and minimum qualification requirements for health care providers

Health Education Member Advisory Committee

Your opinion is important to us. Aetna Better Health wants to hear your ideas. We have a Health Education Member Advisory Committee (HEMAC) that does just this. If you have a suggestion or want to join the HEMAC, call Member Services toll free at 1-855-456-9126.

Program Referral and Service Changes

If there are ever changes to covered services or how to get services, we will let you know. If we need to tell you about these kinds of changes, we will send you a letter at least 30 days prior to the effective date of the change. It is very important that we have your current address. If you move or change addresses, please call Member Services toll free at 1-855-456-9126 so we can update your records.

MEDICAID SPEND DOWN/SURPLUS

In New York State, you can get Medicaid even if your monthly income is over the Medicaid limit. To do so you have to pay what Medicaid calls a "spend down." This amount is set by the New York City Human Resources Administration (HRA) or the Local Department of Social Services in Nassau and Suffolk counties. Aetna Better Health is required to collect the amount owed from you.

Aetna Better Health will send you a monthly bill for the amount you owe. If you fail to pay the amount owed within 30 days of receipt of the bill, we have the right to start your disenrollment.

VOLUNTARY AND INVOLUNTARY DISENROLLMENT (LOSS OF YOUR AETNA BETTER HEALTH COVERAGE)

Voluntary Disenrollment

Being an Aetna Better Health member is your choice. You may ask to disenroll at any time for any reason by calling or writing to us.

English

If you disenroll on the phone or in person we will send you a written letter letting you know we got your request. Your care manager may be in touch with you to discuss your wish to disenroll.

You will become disenrolled the first day of the month after the NYC Human Resources Administration (HRA) or your Local Department of Social Services processes the request. We will notify you of the date that the disenrollment will take effect. We will provide your covered services until the effective date of disenrollment. You may disenroll to regular Medicaid or join another health plan as long as you qualify.

Involuntary Disenrollment

You will be disenrolled from Aetna Better Health if:

- You are no longer eligible to receive Medicaid benefits.
- You permanently move out of the Aetna Better Health service area.
- You move to a new county in the Aetna Better Health service area and are denied continued enrollment by the new LDSS based on Aetna Better Health's assessment of eligibility for your continued enrollment.
- You have not been in the service area for more than 60 days in a row.
- You are hospitalized or have entered an Office of Mental Health, Office for People with Developmental Disabilities (OPWDD), or Office of Alcohol and Substance Abuse Services residential program for 45 days or longer.
- You require nursing home care but are ineligible for such care under the Medicaid program's rules.
- You no longer need plan services for 120 days or more based on your last assessment.
- You are put in jail.

You might be disenrolled from Aetna Better Health if:

- You or your family or caregiver behaves in a way that impairs our ability to offer services to you or other members.
- You do not pay your spend down/surplus payment. We must first try to collect the payment from you.
- You fail to complete and submit any necessary consent or release. You must know that you did this.
- You file false information or deceive Aetna Better Health. You must know that you did this.
- You commit fraud related to your membership.
- Your physician refuses to work with Aetna Better Health on developing and implementing your plan of care.

If Aetna Better Health believes that your situation requires us to disenroll you, we will contact you. You will get a letter from us telling you why we think you have to be disenrolled. The letter will tell you what to do if you disagree.

You will become disenrolled the first day of the month after the NYC Human Resources Administration (HRA) or your Local Department of Social Services processes the request. We will notify you of the date that the disenrollment will take effect. We will provide your covered services until the effective date of disenrollment.

Requests to re-enroll in Aetna Better Health after you have been involuntary disenrolled will be considered on a case-by-case basis.

aetna SM

Aetna BETTER HEALTH®

Español

NUEVA YORK

PROGRAMA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO

(MLTC)

MANUAL PARA MIEMBROS

INFORMACIÓN ÚTIL

Nombre	Teléfono, fax, correo electrónico	Dirección
Servicios al Cliente de Aetna Better Health	Tel.: 1-855-456-9126 Fax: 1-855-863-6421 Sitio en Internet: www.aetnabetterhealth.com	Aetna Better Health 55 West 125th Street, Suite 1300 New York City, NY 10027
Servicios para personas con dificultades de audición	Servicio Relay de New York, 7-1-1	
Transporte que no es de emergencia	Llame al equipo de administración de la atención o a Servicios al Cliente de Aetna Better Health al 1-855-456-9126.	
Servicios médicos de emergencia	911	
Servicios dentales	Tel.: 1-800-468-9868 TTY: 1-800-662-1220 Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 6:00 p. m.	
Provistos por Healthplex	Tel.: 1-855-873-1282 Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 6:00 p. m.	
Servicios para la visión provistos por EyeQuest	Llame a Servicios al Cliente de Aetna Better Health al Tel.: 1-855-456-9126	
Servicios de idiomas y de interpretación	Llame a Servicios al Cliente de Aetna Better Health al Tel.: 1-855-456-9126	
Reclamaciones y apelaciones	Llame a Servicios al Cliente de Aetna Better Health al Tel.: 1-855-456-9126 Fax: 1-855-264-3822	Aetna Better Health Grievance & Appeals Dept 55 West 125th Street, Suite 1300 New York City, NY 10027
Línea directa para casos de fraude y abuso	Tel.: 1-855-456-9125	
Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado de Nassau	Tel.: (516) 227-7474	
Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado de Suffolk	Tel.: (631) 854-9935	
Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York	Tel.: 1-877-422-8411	
Departamento de Ancianidad de NY	Tel.: 518-474-7012	
Departamento de Servicios de Financieros de NYS	Tel.: 1-800-400-8882	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209

Nombre	Teléfono, fax, correo electrónico	Dirección
Oficina de Iniciativas de Atención Continua del Departamento Estatal de Salud	1-866-712-7197	

Español

TABLA DE CONTENIDOS

BIENVENIDO A AETNA BETTER HEALTH **39**

EL MANUAL PARA MIEMBROS **39**

QUÉ ES ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO **39**

SERVICIOS AL CLIENTE **40**

- **Servicios de idiomas, formatos e interpretación** **40**
- **El sitio en Internet de Aetna Better Health** **41**

AYUDA PARA ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN 41

- ¿Cómo me inscribo? 42

PAQUETE DE BIENVENIDA 43

- Tarjeta de identificación de miembro 43
- Aviso de prácticas de privacidad 44

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 44

- Derechos de los miembros 45
- Responsabilidades de los miembros 45

CÓMO OBTENER ATENCIÓN/ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN 46

- Administración de la atención 46
- Si su proveedor ya no pertenece a Aetna Better Health 47
- Si recibe una factura 47
- Directorio de proveedores 48

CITAS DE ATENCIÓN DE SALUD 48

SERVICIOS CUBIERTOS 48

- Cómo obtener servicios 53
- Segundas opiniones 54
- Atención fuera de la red 54
- Si abandona el área de servicio de Aetna Better Health 54

SERVICIOS DE TRANSPORTE 54

SERVICIOS DE EMERGENCIA 54

- Atención de emergencia fuera del área 55

SERVICIOS NO CUBIERTOS 55

ACCIONES Y AUTORIZACIONES DE SERVICIOS 56

- Pasos para la autorización de servicios 56
- Proceso de revisión de la autorización de servicios 56
- Revisión concurrente 57
- Revisión retrospectiva 57

Español

ACCIONES Y APELACIONES 57
¿Qué es una acción? 57
Plazos de la notificación de acción 57
Contenidos de la notificación de acción 58
¿Cómo presento la apelación de una acción? 58
¿Cómo me comunico con el plan para presentar una apelación? 58
En el caso de algunas acciones, puede solicitar la continuidad del servicio durante el proceso de apelación 59
¿Cuánto tardará el plan para decidir la apelación de una acción? 59
Proceso de apelación acelerada 59
¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación? 59
Audiencia imparcial estatal 60
Apelaciones externas del estado 60
RECLAMACIONES Y APELACIONES 61
¿Qué es una reclamación? 61
El proceso de reclamación 61
¿Cómo puedo apelar una reclamación? 62
Quejas al estado de Nueva York 62
CONFIDENCIALIDAD 62
CAMBIO DE LA INFORMACIÓN 63
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 63
FRAUDE Y ABUSO 63
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS 64
¿Qué son las instrucciones anticipadas? 64
Apoderado del estado de Nueva York 64
Testamento vital 64
Reanimación cardiopulmonar (RCP)/orden de no resucitar (ONR) 64
OTRO TIPO DE INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN 64
Comité Asesor de Miembros sobre Educación para la Salud 65
Cambios en los servicios y remisión al programa 65
EXCEDENTE/COPAGO DE MEDICAID 65
CANCELACIÓN VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN (PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE SALUD DE AETNA BETTER HEALTH) 65
Cancelación voluntaria de la inscripción 65
Cancelación involuntaria de la inscripción 66

Español

BIENVENIDO A AETNA BETTER HEALTH

Gracias por elegir a Aetna Better Health como plan de atención administrada a largo plazo. Nuestro objetivo es ofrecerle los siguientes beneficios:

- La atención de calidad que necesita.
- El respeto que merece.
- Un excelente servicio al cliente.

Aetna Better Health es un plan de atención administrada a largo plazo en Nueva York. Aunque somos nuevos en el estado, llevamos más de 25 años administrando la atención de personas que necesitan servicios de atención a largo plazo. Entendemos las necesidades de nuestros miembros. Trabajaremos con los proveedores de Nueva York locales y los grupos comunitarios para satisfacer esas necesidades.

Nuestra compañía matriz, Aetna, es una compañía nacional líder que presta servicios a 36.5 millones de personas aproximadamente, de las cuales 1.2 millones son miembros de Medicaid.

El objetivo de Aetna Better Health es que las personas permanezcan en el hogar mientras puedan. Ayudamos a coordinar los numerosos servicios que son necesarios para que eso sea posible.

Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como miembro nuevo. Este es un manual para que pueda comprender su plan de salud y los beneficios que ofrece.

EL MANUAL PARA MIEMBROS

Lea detenidamente el Manual para miembros

Encontrará información sobre la atención administrada a largo plazo y sobre cómo solicitar servicios, presentar una queja o reclamación, cancelar la inscripción en Aetna Better Health, y sus derechos y responsabilidades como miembro. La siguiente información es la que encontrará en este manual:

- Qué es atención administrada a largo plazo
- Cómo obtener servicios de atención a largo plazo
- Cómo obtener ayuda con las citas
- Cómo presentar una reclamación o apelación
- Qué es la administración de la atención

QUÉ ES ATENCIÓN ADMINISTRADA A LARGO PLAZO

El principal objetivo de la atención administrada a largo plazo es ayudarlo a permanecer en su hogar o comunidad el mayor tiempo posible. Le brinda la atención y el apoyo que necesita para hacer las actividades diarias que usted posiblemente ya no pueda hacer sin ayuda. Le brinda servicios médicos, personales y sociales útiles que usted puede necesitar. Aetna Better Health tiene una red de proveedores de calidad que atienden en el área donde usted vive. Podrá seleccionar los proveedores de esta red que mejor satisfagan sus necesidades. Como miembro, le asignarán un equipo de administración de la atención que se familiarizará con usted y con sus necesidades. El equipo lo ayudará a encontrar los proveedores, los servicios y el respaldo de atención a largo plazo con los que podrá satisfacer sus necesidades.

Le asignarán un ayudante para asistirlo con actividades diarias (ADL) cuando usted ya no pueda hacerlas por sí mismo. Las ADL incluyen cosas que usted hace todos los días, por ejemplo:

- **comer**
- **ir al baño**
- **levantarse**
- **bañarse**
- **vestirse**

Los cuidadores, por ejemplo los ayudantes domiciliarios o ayudantes de atención personal, podrán ayudarlo con estas actividades en el hogar.

Si no puede permanecer en su hogar, de todos modos podemos ayudarlo. Nuestro objetivo es ayudarlo a mantenerse lo más independiente posible.

A veces, quizás necesite más atención de la que podemos brindarle en su hogar. Cuando esto sucede, es posible que deba ir a un hogar de ancianos. Su estadía en el hogar de ancianos puede ser por poco tiempo o permanente. Tenemos contratos con hogares de ancianos para asegurarnos de que tenga opciones cuando ya no pueda permanecer en su hogar. El administrador de atención los ayudará a usted y a su familia con esta decisión.

SERVICIOS AL CLIENTE

El Departamento de Servicios al Cliente de Aetna Better Health está a su disposición para ayudarlo. La línea telefónica está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al número gratuito 1-855-456-9126. A continuación encontrará algunas de las preguntas que Servicios al Cliente puede responder.

- **Cuáles son sus derechos y responsabilidades**
- **Cómo y dónde puede obtener atención**
- **Cuáles son sus beneficios y servicios de atención de salud**
- **Qué es una instrucción anticipada**
- **Cómo se obtiene información sobre las instrucciones anticipadas**
- **Cómo se presentan las quejas o reclamaciones**
- **Cómo se obtiene una audiencia imparcial**
- **Cómo se obtiene un traslado a los servicios médicos**

Servicios de idiomas, formatos e interpretación

Puede obtener este manual y otra información para miembros en un idioma o un formato diferente. A continuación encontrará algunos ejemplos de otras formas de obtener este manual.

- **Impreso en otro idioma**
- **En letra grande**
- **Grabado**

Todos los manuales y la información del miembro en otros formatos o idiomas son gratis. Llame al número gratuito de Servicios al Cliente de Aetna Better Health al 1-855-456-9126 para pedir una copia.

Si su idioma principal no es el inglés, llame a Servicios al Cliente. Le conseguiremos un intérprete que pueda traducir a cualquier idioma. También podemos ayudarlo si necesita un intérprete de lenguaje de señas.

Infórmenos que necesita un intérprete de lenguaje de señas con tres días de anticipación. Estos servicios son gratuitos.

Si tiene problemas de audición, también puede llamar al servicio Relay de NY al 7-1-1.

El sitio en Internet de Aetna Better Health

Aetna Better Health tiene un sitio en Internet que es fácil de utilizar. Este sitio en Internet facilita la búsqueda de proveedores que atienden en el área donde usted vive o de información sobre beneficios, el boletín informativo para miembros y mucho más. Visite www.aetnabetterhealth.com y seleccione New York de la lista.

AYUDA PARA ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Aetna Better Health es un plan de atención administrada a largo plazo. Es una opción de planes de atención administrada a largo plazo que prestan servicio en el área donde usted vive. Si cambia de opinión y ya no desea estar inscrito en Aetna Better Health, puede cancelar la inscripción en cualquier momento. Usted es elegible para unirse a Aetna Better Health si cumple los siguientes requisitos:

- Tiene 21 años o más.
- Es elegible para Medicaid y Medicare.
- Si es elegible para Medicaid, pero no para Medicare, debe necesitar el cuidado que se brinda en un hogar de ancianos.
- Vive en nuestra área de servicio:
  - Manhattan
  - Brooklyn
  - Queens
  - Condado de Nassau
  - Condado de Suffolk
- Puede vivir con seguridad en su hogar y comunidad en el momento en que se inscribe en Aetna Better Health.
- Se prevé que necesite por lo menos un servicio de atención administrada a largo plazo (MLTC) durante un período de 120 días como mínimo desde la fecha en que se inscribe en Aetna Better Health. Los servicios del programa MLTC incluyen lo siguiente:
  - Servicios de ayuda domiciliaria
  - Terapias en el hogar, por ejemplo terapia física u ocupacional
  - Servicios de atención personal en el hogar, por ejemplo ayuda para bañarse, comer o vestirse
  - Atención de salud diurna para adultos
  - Atención social diurna, si se utiliza como sustituto de los servicios de atención personal domiciliarios
  - Servicios de enfermería en el hogar
- Tiene un médico (proveedor de cuidado primario) que acepta trabajar con Aetna Better Health o usted está dispuesto a cambiar a un médico que trabajará con nosotros. Trabajar con su médico significa que el profesional esté dispuesto a emitir órdenes para servicios cubiertos que le permiten recibir atención brindada por proveedores de la red desde la inscripción.

¿Cómo me inscribo?

Si desea inscribirse en Aetna Better Health, debe llamarnos al 1-855-456-9126. Nos encantaría tenerlo como miembro.

Su inscripción en Aetna Better Health no afectará los beneficios Medicare o Medicaid. Usted aún podrá tener la cobertura de Medicare o Medicaid para las visitas al médico, las pruebas de laboratorio, farmacia y hospitalizaciones. El administrador de atención lo ayudará a coordinar estos servicios y el transporte.

Aetna Better Health no discrimina ni limita la inscripción según su estado de salud, un cambio en su estado de salud o el costo de los servicios que necesita.

Si desea inscribirse:

1) Llámenos para programar una cita. Puede llamarnos usted mismo u otra persona en su nombre (por ejemplo, un familiar o proveedor).
2) Un miembro de nuestro personal le explicará los servicios en detalle. Una enfermera registrada realizará una evaluación en su hogar. La evaluación nos permite saber el tipo de atención que necesita según su salud y habilidad para realizar las actividades diarias. Durante esta visita:
   - Determinaremos si es elegible para unirse al programa.
   - Lo ayudaremos a completar la solicitud de inscripción y la solicitud de Medicaid, si fuera necesario. La solicitud de Aetna Better Health se retendrá hasta la aprobación de la solicitud de Medicaid.
   - Revisaremos este manual para miembros en detalle, incluidos los derechos y las responsabilidades del miembro.
   - Revisaremos el directorio de proveedores.
   - Desarrollaremos un plan de atención propuesto junto con usted y cualquier otra persona que esté involucrada en su atención, por ejemplo, sus familiares.

Si le interesa inscribirse y reúne los requisitos para ser miembro de Aetna Better Health, usted o su representante deben firmar los siguientes documentos:

- Un acuerdo de inscripción.
- Un formulario de solicitud de privacidad. Esto permite que el administrador de atención hable con su proveedor de cuidado primario (PCP) sobre su plan de atención.
- Autorización para evaluación de enfermería. Esto permite que la enfermera realice la evaluación.
- Divulgación de fotografía (opcional).

Le enviaremos una solicitud a Medicaid del estado de Nueva York, si fuera necesario.

La Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (NYC HRA) o el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) de los condados de Nassau o Suffolk revisará su solicitud para Medicaid y determinará la inscripción en ese programa. La cobertura que se explica en este manual para miembros entra en vigor en la fecha de vigencia de la inscripción en el plan Aetna Better Health. La inscripción en Aetna Better Health es voluntaria. Si tiene preguntas sobre el plan o la inscripción, puede llamar a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126, sea o no miembro de Aetna Better Health.

Si es nuevo en Aetna Better Health y un proveedor que no está en nuestra red le brinda un tratamiento continuo, puede continuar el tratamiento durante 60 días como máximo a partir del día en que se inscribe en Aetna Better Health. Para continuar el tratamiento, su proveedor debe hacer lo siguiente:

- Aceptar el precio de pago de Aetna Better Health.

- Respetar las políticas de Aetna Better Health, incluida la garantía de calidad.
- Proporcionar a Aetna Better Health información médica sobre el tratamiento.

PAQUETE DE BIENVENIDA

Cuando se inscriba en Aetna Better Health, recibirá un paquete de bienvenida que contiene una tarjeta de identificación.

Este paquete incluye lo siguiente:

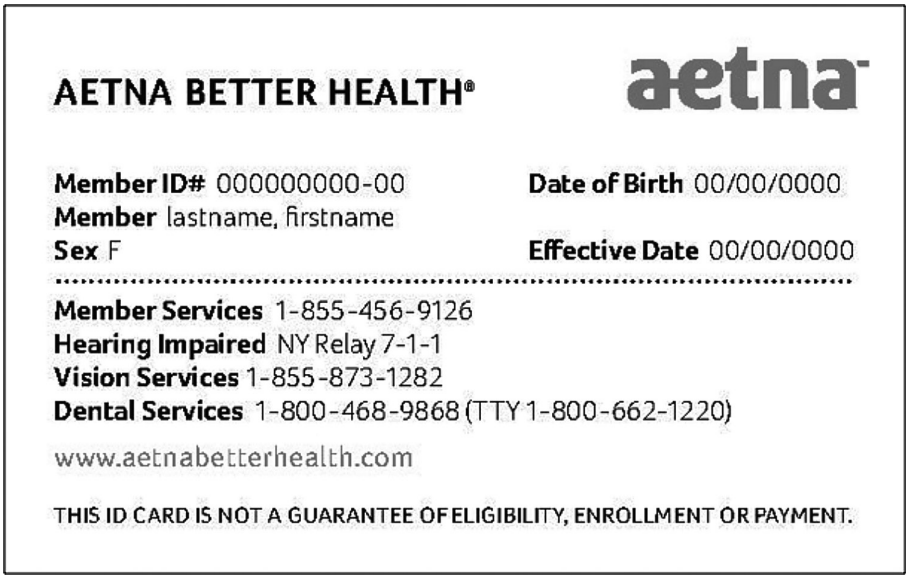
- Una carta de bienvenida.
- Un boletín informativo de bienvenida.
- La tarjeta de identificación (ID) de miembro.
- Un aviso de prácticas de privacidad.

Tarjeta de identificación de miembro

Recibirá un tarjeta de identificación (ID) de Aetna Better Health cuando se inscriba en nuestro plan de salud. Si no la recibe, si se le pierde o se la roban, llame al número gratuito de Servicios al Cliente al 1-855-456-9126. Le enviaremos una tarjeta nueva. Nunca deje que otra persona utilice su tarjeta de identificación.

La tarjeta de identificación tiene la fecha de vigencia de cobertura impresa, que es la fecha en la que puede comenzar a recibir servicios como miembro del plan de salud. Debe llevar esta tarjeta y su tarjeta de Medicare o Medicaid consigo en todo momento. Así se verá su tarjeta de identificación.

Frente de la tarjeta de identificación de Aetna Better Health:


AETNA BETTER HEALTH®

aetna

Member ID# 000000000-00 **Date of Birth** 00/00/0000
Member lastname, firstname
Sex F **Effective Date** 00/00/0000

Member Services 1-855-456-9126
Hearing Impaired NY Relay 7-1-1
Vision Services 1-855-873-1282
Dental Services 1-800-468-9868 (TTY 1-800-662-1220)

www.aetnabetterhealth.com

THIS ID CARD IS NOT A GUARANTEE OF ELIGIBILITY, ENROLLMENT OR PAYMENT.

Español

Reverso de la tarjeta de identificación de Aetna Better Health:

Urgent Care: Call your Primary Care Provider (PCP).

Emergency Care: Call 911 or go to the nearest emergency room when your medical situation is very serious – when it may be life or death. Call your PCP as soon as you can.

Verify member eligibility at **www.aetnabetterhealth.com** or call **1-855-456-9126.**

Prior authorization required for selected outpatient services. To notify of an admission, please call **1-855-456-9126.**

Send Medical Claims To:
Aetna Better Health (NY)
PO Box 63848
Phoenix AZ 85082

Electronic Claims:
Payer ID# 34734

Como miembro de Aetna Better Health, obtendrá servicios dentales de Healthplex. Healthplex también le enviará una tarjeta de identificación dental. Debe utilizarla siempre que reciba atención dental.

Aviso de prácticas de privacidad

El paquete de bienvenida contiene un aviso de prácticas de privacidad, en el que se explica cómo utilizamos su información personal. También se informa cómo obtener copias de sus registros de salud y cómo realizar cambios en ellos. Su información de salud es confidencial. Únicamente se divulgará si la ley lo permite o si usted nos lo autoriza. Si necesita otra copia, llame a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126 o visite nuestro sitio en Internet www.aetnabetterhealth.com.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Derechos de los miembros

Los miembros de Aetna Better Health tienen derechos. A continuación encontrará una lista de sus derechos.

- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a solicitar que le cambien de administrador de atención.
- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención y a los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad sobre su registro médico y cuando reciba tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles de una manera y en un idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que usted comprenda; puede recibir servicios gratuitos de traducción oral.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para prestar consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que estos se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención de salud, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión implementada como medida de coerción, disciplina, por conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención independientemente de su sexo, raza, estado de salud, color de piel, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil o religión.
- Tiene derecho a que le informen dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita del plan de atención administrada a largo plazo, y cómo puede obtener los beneficios cubiertos de proveedores que no pertenecen a la red si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar quejas ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o ante el Departamento Local de Servicios Sociales, así como el derecho a usar el sistema de audiencia imparcial del estado de Nueva York o el proceso de apelación externa de este estado, según corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien que hable en su nombre acerca de su atención y tratamiento.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de Aetna Better Health, su responsabilidad abarca lo siguiente:

- Aprender y comprender cada derecho que tiene en este programa de atención administrada a largo plazo.
- Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
- Saber el nombre de su proveedor de cuidado primario (PCP) y del administrador de atención.
- Informarse sobre su atención de salud y sobre el proceso que debe seguir para recibir atención.
- Utilizar proveedores que trabajan con Aetna Better Health para obtener servicios cubiertos.
- Obtener autorización del proveedor de cuidado primario, el administrador de atención o el equipo de administración de la atención, según sea necesario, antes de obtener un servicio cubierto.
- Comprender cuándo debe y cuándo no debe acudir a la sala de emergencias.
- Comunicarse con el equipo de administración de la atención cada vez que vaya a la sala de emergencias, se encuentre hospitalizado, obtenga medicamentos con receta nuevos o reciba una remisión para obtener servicios de otro proveedor médico.
- Respetar a los profesionales de la salud que le brindan atención.
- Comunicarle a Aetna Better Health sus necesidades, inquietudes, preguntas o problemas de atención.
- Dar a sus proveedores de atención de salud toda la información que necesiten.
- Solicitar más información si hay algo que no comprende sobre su tratamiento o enfermedad.
- Participar en la administración de su propia salud al comunicarle a su proveedor sus inquietudes y necesidades de atención.
- Notificar a Aetna Better Health cuando se encuentre fuera de la ciudad.
- Realizar todos los pagos requeridos a Aetna Better Health.
- Seguir los consejos del administrador de atención o hablar con este si no puede seguir el plan de atención o no está dispuesto a hacerlo.
- Cuidar su tarjeta de identificación (ID) de miembro y presentarla para obtener servicios.
- Informar a Aetna Better Health sobre cualquier otro seguro que tenga.

- Informar a Aetna Better Health si solicita otros beneficios de atención de salud.
- Comunicarse de inmediato con el equipo de administración de la atención o con Servicios al Cliente al número gratuito1-855-456-9126 si cambia su dirección o número de teléfono.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN/ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

Administración de la atención

Aetna Better Health brinda a cada miembro un administrador de atención y un equipo de administración de la atención. El administrador de atención dirige el equipo. Se trata de un profesional de la salud, por lo general, una enfermera o un trabajador social. El equipo de administración de la atención también incluye un trabajador social y un representante de administración de la atención para ayudarlo con sus necesidades diarias. Trabajarán con usted para asegurarse de que reciba la atención de salud y los servicios que necesita.

Una vez que acepte ser miembro de Aetna Better Health, el administrador de atención hablará con la enfermera que realizó la visita domiciliaria. Se revisará la información de esta visita. Luego, el administrador de atención se comunicará con usted para hablar más sobre sus necesidades. Juntos desarrollarán su plan de atención.

El plan de atención se basa en su estado de salud y en sus necesidades de atención de salud. Su proveedor de cuidado primario puede proporcionarnos información, hablar con usted y su administrador de atención, y ayudarnos a desarrollar el plan de atención. También recibimos la opinión de su familia, sus cuidadores y otras personas con las que usted considere que debemos hablar. En el plan de atención se describirán las horas de atención personal que usted necesita. También se enumerarán otros servicios que obtendrá de Aetna Better Health. El plan de atención describirá los servicios cubiertos de Aetna Better Health y el programa para la prestación de los servicios. El plan de atención es importante. Demuestra que hemos trabajado en equipo para decidir cómo ayudarlo. Incluye los servicios que pagaremos para ayudarlo a recuperar la salud y mantenerse lo más saludable posible.

Luego de desarrollarlo, el equipo de atención lo ayudará a recibir toda la atención y todos los servicios que necesite. El equipo de administración de la atención trabajará con usted para programar citas para cualquier servicio de atención de salud que necesite. También se ocupará del transporte necesario para recibir esos servicios.

El administrador de atención lo llamará por lo menos una vez por mes para controlar su salud. Si es necesario, también hará una visita domiciliaria. Siempre tenga el número de teléfono del administrador de atención. Puede llamar en cualquier momento para comunicarse con el equipo de atención u obtener ayuda. Si necesita ayuda en horas no laborales o los fines de semana, su llamada se remitirá a alguien que pueda ayudarlo de inmediato. Por ejemplo, si necesita saber dónde encontrar una farmacia o recibir atención urgente, la llamada se remitirá al personal de guardia que lo ayudará si necesita transporte. En tal caso, el administrador de atención recibirá información sobre la llamada para que algún miembro del equipo de administración de la atención se asegure de que usted recibió lo que necesitaba.

Los servicios comienzan el primer día del mes, luego de que se aprueba la solicitud de inscripción.

El equipo de administración de la atención lo ayudará a coordinar su atención, como las visitas al médico, los medicamentos con receta y las admisiones en hospital con otros proveedores de salud. Usted puede participar en su atención al compartir sus necesidades e inquietudes con el equipo de administración de la atención para que pueda seguir viviendo de manera independiente en la comunidad. Usted y el equipo de administración de la atención revisarán el plan de atención, por lo menos, dos veces al año. El equipo de atención también revisará

el plan de atención si se presentan cambios en su enfermedad para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Los miembros de Aetna Better Health deben utilizar los proveedores contratados de la red para obtener servicios cubiertos de atención a largo plazo, a menos que el equipo de administración de la atención los apruebe con anticipación. Si no tenemos el tipo de proveedor que necesita, el equipo de administración de la atención buscará un proveedor fuera de la red. Si necesita un proveedor que no pertenece a la red, comuníquese con el equipo de administración de la atención.

Si su proveedor ya no pertenece a Aetna Better Health

Si su proveedor abandona el programa durante su tratamiento, Aetna Better Health pagará la continuación de los servicios que está recibiendo de ese proveedor durante un máximo de 90 días hasta que se le asigne un nuevo proveedor de la red. Para que esto sea posible, el proveedor debe:

- Aceptar el pago con la tarifa de Aetna Better Health.
- Respetar las otras políticas de Aetna Better Health, incluida la garantía de calidad.
- Proporcionar a Aetna Better Health información médica sobre la atención.

Si recibe una factura

Aetna Better Health paga a los proveedores de la red según las tarifas de Medicaid estatales. No debería recibir una factura de los proveedores de la red de Aetna Better Health por los servicios cubiertos. No debe pagarle a un proveedor de la red por los servicios cubiertos, incluso si Aetna Better Health les rechaza el pago. Si no pagamos la totalidad o parte del servicio cubierto, los proveedores NO tienen permitido facturarle a usted lo que no pagamos.

Si recibe una factura que considera que no debería haber recibido, llame al administrador de atención o a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126. Lo ayudaremos con gusto.

Es posible que en determinadas ocasiones tenga que pagar. Quizás reciba facturas por los siguientes servicios:

- Servicios de proveedores fuera de la red que no han sido aprobados por Aetna Better Health de antemano.
- Servicios que no están cubiertos por Aetna Better Health.

Directorio de proveedores

El directorio de proveedores de Aetna Better Health está disponible en línea, en www.aetnabetterhealth.com. También le entregaron una copia durante la visita domiciliaria cuando solicitó la inscripción en Aetna Better Health. Llame a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126 si necesita otra copia.

Puede elegir cualquier proveedor de la red. Si desea cambiar de proveedores, el equipo de administración de la atención lo ayudará.

Si tiene Medicare, y Medicare paga un servicio cubierto por Medicare, usted puede visitar a cualquier proveedor de ese servicio, incluso si no pertenece a la red de Aetna Better Health. Si finaliza su cobertura de Medicare, deberá cambiar de proveedor y elegir uno que pertenezca a la red de Aetna Better Health.

En el directorio de proveedores se enumeran los proveedores de atención de salud que pertenecen a nuestra red, incluidos el número de teléfono, la ubicación y los idiomas que hablen aparte del inglés.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al equipo de administración de la atención o a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126. Lo ayudarán con gusto. También puede llamar a Servicios al Cliente si desea que un proveedor se agregue a nuestra red. Si el proveedor cumple con nuestros estándares, le solicitaremos unirse a la red.

CITAS DE ATENCIÓN DE SALUD

Infórmele al equipo de administración de la atención sobre las citas médicas o de atención de salud que tenga. Debe comunicarle al administrador de atención lo que ocurrió en esas citas. Incluya información sobre cualquier cambio de medicación o de servicios. Si no está seguro de lo que ocurrió, comuníquese con el equipo de administración de la atención. El administrador de atención le explicará. También lo ayudará a incluir cualquier información nueva en el plan de atención.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los servicios cubiertos son aquellos que pagaremos porque usted es miembro de Aetna Better Health. Estos servicios deben ser prestados por un proveedor de la red. Los servicios exactos que recibe, así como su frecuencia y duración, dependen de su enfermedad y sus necesidades sociales y de salud. Recibirá servicios cubiertos siempre y cuando sean médicamente necesarios. Un servicio es médicamente necesario si se necesita para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que pueden causar sufrimientos agudos, poner en riesgo la vida, provocar una enfermedad o dolencia, interferir con su capacidad para realizar actividades normales o amenazar con alguna incapacidad significativa.

El plan de atención que desarrolle con el administrador de atención lo ayudará a asegurarse de recibir la atención que necesita. Es posible que Aetna Better Health a veces tenga que revisar su solicitud antes de obtener el servicio. Podemos solicitarle una orden o una remisión al proveedor de cuidado primario. Esto es para asegurarnos de que usted obtenga la atención apropiada en el lugar adecuado cuando lo necesite.

Para acceder a la atención y los servicios que necesita, comuníquese con el equipo de administración de la atención. Los servicios que necesite se incluirán en el plan de atención. La mayoría de las veces, el administrador de atención sabrá lo que necesita con solo hablar con usted. Siempre puede solicitar un servicio que crea que puede ser de ayuda para cuidar mejor su salud.

Estos son los tipos de servicios que podemos pagar para que usted reciba:

Servicios cubiertos	
Administración de la atención	El enfoque que utiliza el equipo de atención para planificar su atención y coordinar la atención y los servicios que necesita para estar lo más saludable posible.
Apoyo social y ambiental	El apoyo social incluye a las personas y herramientas que lo ayudan a mantenerse en contacto con otras personas. Incluye cambios en su hogar que aumentan su capacidad para hacer actividades sin ayuda o aumentar su capacidad de ayuda con su atención. El apoyo social y ambiental incluye servicios tales como las tareas de mantenimiento del hogar, ayuda en el hogar/servicios de tareas domésticas, mejoras de vivienda y atención para el descanso temporario.

Servicios cubiertos	
Atención de asistente	El servicio de atención de asistente consiste en un cuidador al que se le paga para que lo ayude a cocinar, lavar la ropa, hacer compras, limpiar la casa, bañarse, vestirse, desenvolverse en su hogar, y moverse de la cama y la silla.
Atención de salud diurna para adultos	Este es un lugar al que puede dirigirse durante el día. Puede utilizar los servicios de atención de salud diurna para adultos si puede salir de su hogar, pero necesita ayuda para hacer algunas cosas por sí mismo. El equipo de atención de salud diurna lo ayudará con sus necesidades de atención de salud, le brindará servicios de enfermería, le enseñará buenos hábitos alimenticios y lo ayudará con sus necesidades de servicios sociales. También puede obtener terapia de rehabilitación y realizar actividades entretenidas. El equipo de administración de la atención lo ayudará a planificar qué servicios recibir en este centro. Cuentan con una enfermera para ayudarlo con la toma de medicamentos. También tienen personal que lo ayuda a vestirse y a usar el baño. Le ofrecen el almuerzo y lo ayudan a trasladarse si lo necesita. Cuentan con personas de su edad con las que puede conversar y realizar actividades.

Servicios cubiertos	
Atención domiciliaria ■ Especializada/con licencia ■ Enfermería ■ Terapia física ■ Terapia ocupacional ■ Patología del habla **Sin licencia** ■ Ayuda domiciliaria ■ Servicios médicos sociales	Servicios suministrados en su hogar. Estos servicios puede proporcionarlos el personal con licencia o el personal sin licencia. Los tipos de servicios especializados o con licencia incluyen enfermería, terapia física, ocupacional o del habla. Para recibir alguno de estos servicios, debe ser incapaz de salir de su hogar. Necesita la orden del médico para recibir servicios especializados en su hogar. El administrador de atención lo ayudará a obtener la orden. El médico puede escribir una orden por servicios de enfermería en el hogar. La enfermera será una enfermera registrada (RN) o una enfermera práctica licenciada (LPN), según el tipo de atención que usted necesite. La cantidad de tiempo que la enfermera pasa con usted depende de sus necesidades de atención de salud. La enfermera lo visitará de vez en cuando si necesita atención especial. La enfermera puede también programar junto a usted horarios regulares. Los servicios de enfermería incluyen la programación de los medicamentos y sus recetas, el cuidado de heridas, la enseñanza de la atención de salud y otros tratamientos de atención. Si necesita una enfermera en su hogar, el médico lo solicitará. La enfermera seguirá las órdenes del médico y trabajará con el equipo de administración de la atención para asegurarse de que usted obtenga lo que necesita. **Terapia física (PT):** Los servicios de PT son proporcionados por un fisioterapeuta licenciado y registrado. El objetivo de la PT es reducir cualquier incapacidad física o mental. La PT lo ayuda a moverse mejor y a reducir el dolor que pueda tener. Puede incluir la colocación de almohadillas térmicas o ejercicios. **Terapia ocupacional (OT):** Los servicios de rehabilitación de OT son proporcionados por un terapeuta ocupacional licenciado y registrado. El objetivo de la OT es reducir cualquier incapacidad física o mental. La OT lo ayuda a mejorar su capacidad para cuidarse a sí mismo. Puede incluir enseñarle a alimentarse o vestirse por sus propios medios. Los servicios para los que no se requiere licencia son proporcionados por ayudantes domiciliarios y otros miembros del personal no licenciado. Estos servicios incluyen ayuda para lidiar con los problemas que conlleva el estar enfermo, ayuda para obtener atención de salud y para permanecer lo mejor posible. Estos servicios son aprobados por el equipo de administración de la atención. **La ayuda domiciliaria (HHA)** cuenta con una persona que le ayuda con las tareas de atención de salud. Proporciona servicios basados en el plan de atención establecido por el equipo de administración de la atención, la RN de atención domiciliaria o el terapeuta. La HHA, además, puede ayudarlo con tareas tales como bañarse, utilizar el baño y cuidar el hogar.

Servicios cubiertos	
Atención en hogar de ancianos	Un hogar de ancianos es un lugar para personas que no necesitan estar en un hospital, pero que a la vez no pueden recibir cuidados en su hogar. La mayoría de los hogares de ancianos cuentan con auxiliares de enfermería y enfermeras especializadas que están disponibles las 24 horas del día. Algunos hogares de ancianos están instalados como los hospitales. El personal brinda tanto atención médica como terapia física, ocupacional y del habla. Es posible que haya una estación de enfermería en cada piso. Otros hogares de ancianos tratan de parecerse más al hogar. Intentan brindar un ambiente de vecindario. Con frecuencia, no tienen un programa diario fijo y las cocinas pueden estar abiertas para los residentes. Se recomienda que los miembros del personal desarrollen relaciones con los residentes. Algunos hogares de ancianos cuentan con unidades especiales de atención para personas con problemas graves de memoria, como la enfermedad de Alzheimer. Algunos permiten que las parejas vivan juntas. Los hogares de ancianos no son solo para personas mayores, sino también para cualquier persona que necesite atención las 24 horas. Para que Aetna Better Health pague la atención en un hogar de ancianos, usted debe ser elegible para recibir la atención de Medicaid en Nueva York.
Atención personal	Servicio que lo ayuda a permanecer en el hogar en vez de ir a un hogar de ancianos. La atención personal incluye servicios como el cuidado del hogar, la preparación de comidas, el baño, la utilización del baño y el aseo personal. Para que pueda obtener atención personal, necesitamos registros que muestren que está seguro en su hogar.
Atención social diurna	La atención social diurna se establece como un lugar seguro donde puede ir y recibir atención y encontrarse con otras personas. Los servicios de atención social diurna incluyen tiempo con otros adultos, supervisión, atención personal y ayuda con la nutrición. Algunos centros de atención social diurna cuentan con más servicios y pueden incluir ayuda para el cuidador, ayuda con las habilidades para la vida, coordinación de atención y transporte.
Audiología y audífonos	Tratamiento y dispositivo para ayudarlo a escuchar mejor.
Comidas a domicilio o en centros	Las comidas a domicilio se entregan en su hogar si usted no puede cocinarse. El tipo de comida se basará en el plan de atención que usted y el equipo de administración de la atención hayan diseñado juntos. Las comidas en centros son comidas nutricionalmente equilibradas que se sirven en un lugar específico, por ejemplo un centro comunitario o para personas mayores.
Equipo médico duradero	Elementos útiles para su atención de salud y para cuidarse. Incluye: ■ cama hospitalaria; ■ sillas de ruedas; ■ oxígeno; ■ andadores y ■ bastones.

Servicios cubiertos	
Odontología	Un servicio brindado por un tipo especial de proveedor que se ocupa del tratamiento de los dientes y las encías. Los servicios dentales son proporcionados por Healthplex. Puede llamarlos al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Su cobertura incluye: ■ Un examen y una limpieza cada 6 meses ■ Radiografías de diagnóstico ■ Odontología restaurativa (obturaciones) Si es médicamente necesario: ■ Cirugía oral ■ Conductos radiculares (se requiere autorización previa) ■ Coronas y dentaduras postizas (se requiere autorización previa) Se requiere una remisión de un dentista general antes de visitar a un especialista..
Podiatría	Atención de los pies brindada por un podiatra (médico de los pies).
Prótesis y ortótica	Los aparatos protésicos son partes artificiales del cuerpo que se utilizan para reemplazar las partes faltantes del cuerpo. La ortótica son plantillas especiales para el calzado. ■ El calzado recetado está limitado al tratamiento de la diabetes o cuando el calzado es parte de una férula de pierna (ortótica).
Servicio privado de enfermería	Atención continua y especializada proporcionada por una enfermera calificada en su hogar. Una enfermera con licencia es una enfermera registrada (RN) o una enfermera práctica licenciada (LPN).
Servicios médicos sociales	Controlar, programar y brindar ayuda para problemas sociales para que usted pueda permanecer en su hogar. Los servicios son prestados por una trabajadora social calificada y según un plan de atención.
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Un sistema de alarma en su hogar que envía una alerta si usted no está seguro o se cayó y no puede levantarse por sus propios medios.
Suministros médicos	Productos necesarios para hacerse cargo de una enfermedad. Por lo general, estos productos no pueden ser reutilizados por otras personas. El programa Medicaid de Nueva York nos permite pagar medias de compresión y soporte solo cuando se utilizan para tratar úlceras por estasis venosas.

Servicios cubiertos	
Suplementos alimenticios y orientación nutricional	Los suplementos alimenticios son productos alimenticios adicionales para ayudarlo a aumentar de peso. Los suplementos alimenticios de Aetna Better Health se limitan a los miembros que no pueden alimentarse de ninguna otra manera. Por lo general, esto significa que usted debe recibir alimentación mediante una sonda especial y no puede masticar ni tragar alimentos. Algunos miembros pueden tener trastornos poco comunes que no les permiten obtener los nutrientes principales, a menos que reciban alimentos médicos específicos. Pagaremos los alimentos médicos que necesiten esos miembros. La orientación nutricional es la ayuda que obtiene de alguien que sabe sobre la alimentación sana.
Terapia del habla (hasta 20 visitas al año) provista en un lugar que no sea el hogar	Tratamiento que lo ayuda a hablar mejor. Además, lo ayuda a mejorar la manera de hablar de modo que sea más fácil entenderlo.
Terapia física (hasta 20 visitas al año) provista en un lugar que no sea el hogar	Tratamiento de partes del cuerpo (brazo, pierna, espalda, etc.) que puede ayudarlo a moverse mejor y a sentir menos dolor.
Terapia ocupacional (hasta 20 visitas al año), provista en un lugar que no sea el hogar.	Tratamiento y ejercicios que lo ayudan a hacer las actividades diarias de una mejor manera luego de haber tenido un problema de salud o una lesión. Esto incluye lavarse, vestirse y peinarse por sus propios medios. Además, incluye ayudarlo a aprender a escribir y comer por sí solo.
Terapia respiratoria	Tratamiento que lo ayuda a respirar mejor.
Transporte que no es de emergencia	Transporte relacionado con una necesidad médica que no es de emergencia. El tipo de transporte que utiliza se basa en sus necesidades. Puede viajar por transporte público, por ejemplo autobús, metro, taxi o servicio de alquiler. Quizás necesite viajar en una camioneta para personas con incapacidades o en una ambulancia. El transporte que no es de emergencia se coordina si lo necesita a través del equipo de administración de la atención de Aetna Better Health.
Visión ■ Anteojos (limitado a 1 cada 2 años) ■ Visitas al optometrista (1 cada 2 años)	Cuidado de ojos. Visitas para examinar los ojos y la manera en que ve.

Cómo obtener servicios

Para obtener cualquier servicio cubierto mencionado anteriormente, hable con su administrador de salud.

El administrador de atención podrá revisar y aprobar la mayoría de los servicios que usted necesita. Cuando lo autoricen a recibir servicios, pagaremos para que los reciba durante un período. Con frecuencia, quizás necesite servicios de atención domiciliaria durante un tiempo prolongado, así que aprobaremos esos servicios durante un máximo de seis meses. Si consideramos que necesita más o menos servicios, el administrador de atención hablará con usted sobre sus necesidades. Luego de esa charla y con su consentimiento, podemos cambiar la suma

o el tipo de servicios que pagaremos. El administrador de atención trabajará con el médico y con otros miembros del personal de Aetna Better Health para asegurarse de que usted reciba lo que necesita.

Segundas opiniones

Usted puede recibir una segunda opinión de otro proveedor de nuestra red sin costo alguno. Si desea una segunda opinión, infórmele al equipo de administrador de la atención y ellos lo ayudarán.

Atención fuera de la red

Debe obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red de Aetna Better Health. Puede obtener una remisión para un proveedor de atención de salud fuera de la red en caso de que Aetna Better Health no cuente con un proveedor que posea la capacitación o la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades. Si solicita un proveedor fuera de la red, comuníquese con el equipo de administración de la atención para que lo ayuden a obtener una autorización. Cuando utilice un proveedor fuera de la red de Aetna Better Health para recibir servicios cubiertos, debe obtener una autorización de Aetna Better Health antes de visitar al proveedor. Sin esa autorización, no se le pagarán los servicios al proveedor. Si tiene preguntas en relación con este proceso, comuníquese con el equipo de administración de la atención o llame a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.

Si desea un servicio, y su proveedor no se lo proporciona debido a razones morales o religiosas, llame al equipo de administración de la atención o al número gratuito de Servicios al Cliente, 1-855-456-9126. Lo ayudarán a encontrar un proveedor que le brinde el servicio cubierto.

No debería recibir una factura ni pagar los servicios cubiertos. Si esto le sucede, llame al equipo de administración de la atención o al número gratuito de Servicios al Cliente, 1-855-456-9126.

Si abandona el área de servicio de Aetna Better Health

El área de servicio de Aetna Better Health abarca Manhattan, Brooklyn, Queens y los condados de Nassau y Suffolk. Si planea pasar tiempo fuera del hogar, infórmele inmediatamente al equipo de administración de la atención. Si planea abandonar el área de servicio durante más de 60 días consecutivos, será difícil para Aetna Better Health controlar sus necesidades de salud correctamente. Si esto ocurre, Aetna Better Health ya no será adecuada para usted y nos veremos obligados a cancelar su inscripción. En este caso, deberá llamar al administrador de atención para analizar sus opciones.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Si necesita un traslado para sus visitas de atención de salud, llame al equipo de administración de la atención o al número gratuito de Servicios al Cliente, 1-855-456-9126. Si necesita que un miembro de su familia o un asistente personal lo acompañen, pueden hacerlo sin costo alguno para usted.

Si tiene una emergencia médica, marque 911. El uso del transporte de emergencia es únicamente para emergencias.

Debe coordinar el traslado que no sea de emergencia por lo menos tres días antes de la visita. Si su situación es urgente, llame al equipo de administración de la atención o a Servicios al Cliente para obtener ayuda.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Queremos que obtenga la atención que necesita. Si tiene una emergencia, debe llamar al 9-1-1. En caso de emergencia, puede ir a cualquier sala de emergencias o clínica de atención urgente. Para urgencias, Aetna Better

Health cuenta con una enfermera o un administrador de atención a quienes puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-855-456-9126. La atención de urgencia hace referencia a un servicio médicamente necesario para evitar un grave deterioro de su salud, provocado por una enfermedad o lesión imprevista. Lo ayudarnos a encontrar una clínica de atención urgente y con el transporte si lo necesita.

Atención de emergencia fuera del área

En caso de una emergencia médica, llame al 911 o busque atención en una sala de emergencias incluso si se encuentra fuera del área de servicio. Luego de la emergencia médica, su familia o el apoyo informal deben comunicarse con el equipo de administración de la atención en un plazo de 24 horas, si es posible. De esta manera, podemos ofrecerle cualquier tipo de ayuda. Quizás necesitemos ajustar el plan de atención para adecuarlo a los cambios de sus necesidades médicas.

Una emergencia es la aparición repentina de una afección con síntomas graves, como dolores fuertes. Estos síntomas son tan graves que una persona normal con un conocimiento promedio de salud y medicina podría predecir que el hecho de no recibir atención médica de inmediato puede

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- ocasionar deterioro grave en las funciones del cuerpo;
- provocar disfunciones graves en cualquier órgano o parte del cuerpo.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Los siguientes servicios no están cubiertos por Aetna Better Health, pero están cubiertos según el programa de pago por servicio de Medicare o Medicaid.

El equipo de administración de la atención arreglará y coordinará estos servicios para usted, si es necesario. Es importante que exista el diálogo entre todos los proveedores que le brindan atención. Usted y su familia también deben involucrarse. El administrador de atención es una fuente de información y ayuda muy importante.

El trabajo principal del equipo de administración de la atención es el de ser el nexo entre usted y todos los proveedores de atención de la salud. Este equipo lo ayudará a asegurarse de que obtenga la atención que necesita, sin importar quiénes la pagan.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Aetna Better Health, pero nuestro plan los arreglará y coordinará por usted.

Servicios no cubiertos	
Diálisis en insuficiencia renal crónica	Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD)
Servicios en sala de emergencias	Servicios ambulatorios en hospital
Transporte de emergencia (transporte de emergencia o en ambulancia al hospital)	Servicios del médico (incluidos los servicios proporcionados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar)
Servicios de planificación familiar	Medicamentos con receta y sin receta

Servicios no cubiertos	
Servicios hospitalarios de internación	Servicios radiológicos y de radioisótopos
Servicios de laboratorio	Servicios de centros de salud rural
Servicios de salud del comportamiento	Servicios para abuso de drogas y alcohol

Usted debe pagar los servicios que no están cubiertos por Aetna Better Health o por Medicaid si su proveedor le indica con anticipación que estos servicios no están cubiertos y usted acepta pagarlos. Entre los ejemplos de servicios que no están cubiertos por Aetna Better Health ni Medicaid se incluyen los siguientes:

- Cirugía cosmética si no se considera médicamente necesaria.
- Artículos para la comodidad personal.
- Tratamientos de infertilidad.

Servicios de un proveedor que no pertenece a Aetna Better Health, salvo que nuestro plan lo haya remitido.

ACCIONES Y AUTORIZACIONES DE SERVICIOS

Algunos tipos de servicios requieren una orden del médico o una aprobación del personal de Autorización Previa antes de recibirlos. El equipo de administración de la atención sabe qué servicios requieren autorización y los ayudarán a usted y a su proveedor a solicitarla.

Pasos para la autorización de servicios

A continuación se detallan los pasos para obtener una aprobación previa:

- El proveedor le brinda a Aetna Better Health la información sobre los servicios que considera necesarios.
- Aetna Better Health revisa la información.
- Si no podemos aprobar la solicitud, otro proveedor de Aetna Better Health revisará la información.
- Aetna Better Health le informará cuando tomemos una decisión. Les enviaremos una carta a usted y a su proveedor para informarles la decisión. Tanto usted como su proveedor recibirán una carta cuando aprobemos o rechacemos el servicio.
- Si la solicitud es rechazada, en la carta le explicaremos las razones.
- Si el servicio es rechazado, tanto usted como su proveedor podrán presentar una apelación.

Consulte la página 32 para obtener más información sobre apelaciones. El administrador de atención estará siempre disponible para ayudarlo, incluso si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso de revisión de la autorización de servicios

Comparamos los registros de su proveedor con criterios (o reglas) para asegurarnos de que necesita la atención. Cuando realizamos esta revisión, nos aseguramos de que la atención o los servicios solicitados por usted sean “médicamente necesarios”. “Médicamente necesario” significa que usted necesita la atención o el servicio para prevenir, diagnosticar, corregir o curar enfermedades que pueden causar sufrimiento agudo, poner en riesgo su vida, provocar una enfermedad o dolencia, interferir con su capacidad para hacer actividades normales o amenazar con provocar una incapacidad significativa.

Los criterios que se utilizaron para tomar las decisiones son utilizados por otros planes de salud en todo el país y nos ayudan a tomar la mejor decisión sobre su atención. Estas pautas se denominan pautas “de práctica clínica”. Tanto usted como su proveedor pueden obtener una copia de las pautas que utiliza Aetna Better Health para aprobar o rechazar los servicios. Si desea obtener una copia de las pautas o no está de acuerdo con el rechazo de los servicios que recibe, llame al administrador de atención o a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.

Revisamos las solicitudes urgentes de manera rápida, siempre en el plazo de los tres días hábiles a partir de la recepción de la solicitud. Podemos demorar hasta 14 días para revisar las solicitudes estándar de servicios y tomar una decisión al respecto. Si su proveedor no nos brinda la información suficiente para tomar una decisión, es posible que le enviemos una carta de extensión para que nos proporcione 14 días más para obtener la información y tomar una decisión. Solo utilizaremos la carta de extensión si creemos que contar con más información es lo más conveniente para usted.

Recuerde que para todos los servicios brindados por proveedores fuera de la red es necesaria una aprobación previa.

Revisión concurrente

A veces, Aetna Better Health revisará los servicios mientras los recibe. Esto se denomina “revisión concurrente”. Realizamos este tipo de revisión para asegurarnos de que está mejorando. Entre los ejemplos de cuándo realizaremos una revisión concurrente se incluyen atención en hogar de ancianos o servicios de terapia continua en el hogar (terapia física u ocupacional). Si consideramos que usted necesita recibir más atención o si no mejora, el administrador de atención se comunicará con usted. Se puede coordinar una reunión del equipo de atención para hablar sobre su progreso. Usted está invitado. Se desarrollará un plan que satisfaga mejor sus necesidades.

Revisión retrospectiva

Si tiene Medicare o recibe atención o servicios sin informarle a Aetna Better Health, podemos realizar una revisión retrospectiva. Esto significa que revisaremos su atención luego de haberla recibido. Utilizamos esta información para asegurarnos de que está obteniendo atención de alta calidad y para cerciorarnos de que sus beneficios se utilicen correctamente.

ACCIONES Y APELACIONES

¿Qué es una acción?

Se consideran “acciones” del plan cuando Aetna Better Health rechaza o limita los servicios que usted o su proveedor solicitaron; rechaza una solicitud de remisión; decide que uno de los servicios solicitados no constituye un beneficio cubierto; reduce, suspende o finaliza servicios que ya habíamos autorizado; rechaza el pago de servicios; no brinda los servicios de manera oportuna; o no lleva a cabo determinaciones relacionadas con reclamaciones o apelaciones en el plazo requerido. Una acción está sujeta a apelación. (Consulte ¿Cómo presento la apelación de una acción? a continuación para obtener más información).

Plazos de la notificación de acción

Si Aetna Better Health decide rechazar o limitar los servicios que solicita o no pagar la totalidad o una parte de un

servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos la decisión. Si proponemos reducir, suspender o finalizar un servicio autorizado, le enviaremos la carta por lo menos 10 días antes de cambiar el servicio.

Contenidos de la notificación de acción

Cualquier notificación que le enviemos sobre una acción:

- Explicará la acción que hayamos tomado o intentemos tomar.
- Detallará los motivos de la acción, incluidos los motivos clínicos, si los hubiera.
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (que incluye también su derecho al proceso de apelaciones externo del estado).
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las que puede solicitar que aceleremos (agilicemos) la revisión de su apelación interna.
- Describirá los criterios de la revisión clínica que se tuvieron en cuenta para tomar la decisión, si la acción involucraba cuestiones de necesidad médica, o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación.
- Describirá la información, si la hubiera, que usted o su proveedor debe proporcionarnos para que tomemos una decisión con respecto a la apelación.

Si reducimos, suspendemos o finalizamos un servicio autorizado, la notificación también le comunicará su derecho a que los servicios continúen mientras tomamos una decisión sobre su apelación. La notificación le indicará cómo solicitar la continuidad de los servicios. Le informará cuándo debe pagar los servicios si estos continuaron mientras revisábamos su apelación.

¿Cómo presento la apelación de una acción?

Si no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando presenta una apelación, significa que debemos considerar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si estamos en lo correcto. Puede presentar la apelación de una acción ante Aetna Better Health oralmente o por escrito. Cuando le enviamos una carta sobre una acción que estamos tomando (tal como rechazar o limitar un servicio, o no pagar los servicios), debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de los 45 días calendario a partir de la fecha de la carta. Si nos llama para presentar su solicitud de apelación, deberá enviarnos una solicitud por escrito, a menos que solicite una revisión acelerada.

¿Cómo me comunico con el plan para presentar una apelación?

Puede llamarnos al 1-855-456-9126 o escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Grievance and Appeals Dept.
55 West 125th Street, Suite 1300
NYC, NY 10027
Fax: 1-855-264-3822

La persona que reciba su apelación la registrará y el personal adecuado supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación y cómo la manejaremos. Su apelación será revisada por el personal clínico entendido que no haya estado involucrado en la decisión o acción inicial que está apelando.

En el caso de algunas acciones, puede solicitar la continuidad del servicio durante el proceso de apelación

Si apela una reducción, suspensión o terminación de servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar su continuidad mientras tomamos una decisión respecto de su apelación. Debemos continuar brindándole el servicio si el período original cubierto por la autorización de servicio no ha vencido y usted nos presentó su solicitud antes de transcurridos 10 días desde que le enviamos la notificación sobre la intención de reducir, suspender o terminar su servicio, o para la fecha de vigencia efectiva prevista de la acción. Los servicios continuarán hasta que retire la apelación o hasta que el período de autorización original de los servicios se haya cumplido, o hasta los 10 días posteriores a la fecha en que le enviamos la notificación sobre la decisión sobre la apelación, si tal decisión no está a su favor, a menos que haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York junto con la continuación de los servicios. (Consulte la sección Audiencia imparcial a continuación).

Aunque pueda solicitar la continuación de los servicios mientras revisamos su apelación, si la decisión que tomemos no está a su favor, podemos solicitarle que pague estos servicios si se proporcionaron solo debido a que usted pidió continuar recibiéndolos mientras se revisaba su apelación.

¿Cuánto tardará el plan para decidir la apelación de una acción?

A menos que solicite una revisión acelerada, revisaremos la apelación de una acción como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan rápido como lo requiera su estado de salud, a más tardar 30 días desde la fecha en que recibimos la apelación. El período de revisión puede extenderse hasta por 14 días si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos más información y la demora es por su bien. Durante la revisión, usted tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona o por escrito. También podrá consultar todos los registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que hemos tomado en referencia a su apelación y la fecha en que la determinamos.

Si revocamos la decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados, o de reducirlos, suspenderlos o terminarlos, y estos no se brindaron mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan rápido como lo requiera su estado de salud. En algunos casos puede solicitar una apelación “acelerada”. (Consulte la sección Proceso de apelación acelerada a continuación).

Proceso de apelación acelerada

Si usted o su proveedor creen que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría provocar un grave problema para su salud o su vida, puede solicitar una revisión acelerada de la apelación de la acción. Le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de los dos días hábiles luego de recibir toda la información necesaria. En ningún caso el plazo para comunicar la decisión se extenderá durante más de tres días hábiles después de recibir su apelación. El período de revisión puede extenderse hasta por 14 días si usted solicita una extensión o si nosotros necesitamos más información y la demora es por su bien.

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar la apelación, haremos todo lo que esté a nuestro alcance para contactarnos con usted en persona y comunicarle que la hemos rechazado y que la manejaremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito sobre la decisión de rechazar su solicitud para una apelación acelerada en el plazo de los dos días de haber recibido su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación?

Si la decisión sobre su apelación no está totalmente a su favor, en el aviso que recibe le explicaremos su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York. En el aviso también le explicaremos

cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede presentarse a la audiencia imparcial en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir los servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo presentar la solicitud. Si rechazamos su apelación por problemas de necesidad médica o debido a que el servicio en cuestión era experimental o de investigación, en el aviso también le explicaremos cómo solicitarle al estado de Nueva York una "apelación externa" de la decisión.

Audiencia imparcial estatal

Si no hemos decidido la apelación totalmente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York en el plazo de los 60 días a partir de la fecha en que le enviamos el aviso de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación incluía la reducción, suspensión o terminación de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted ha solicitado una audiencia imparcial, también puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras espera por la decisión de la audiencia imparcial. Debe marcar el casillero en el formulario que envía para solicitar una audiencia imparcial a fin de indicar que desea que los servicios en disputa continúen. Debe presentar la solicitud para continuar los servicios en el plazo de los 10 días a partir de la fecha en la que le enviamos la decisión de apelación o en la fecha de vigencia efectiva prevista de la acción para reducir, suspender o terminar sus servicios, lo que suceda último. Sus beneficios continuarán hasta que retire la apelación, finalice el período de autorización original de los servicios o el funcionario de la audiencia imparcial estatal emita una decisión de la audiencia que no sea a su favor, lo que suceda primero.

Si dicho funcionario revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en disputa inmediatamente y tan pronto como su estado de salud lo requiera. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, nos haremos cargo del pago de los servicios cubiertos ordenados por el funcionario de la audiencia imparcial.

Aunque puede solicitar continuar con los servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si esta no decide a su favor, es posible que usted deba pagar los servicios que se trataron en esta audiencia.

Apelaciones externas del estado

Si rechazamos su apelación debido a que determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa del estado de Nueva York. Los revisores que toman las decisiones relacionadas con la apelación externa no trabajan para nosotros ni para el estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York. La apelación externa no tiene costo para usted.

Cuando tomamos una decisión sobre rechazar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentarla junto con nuestra decisión sobre rechazar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en el plazo de los cuatro meses desde la fecha en que rechazamos su apelación.

Se tomará una decisión respecto de su apelación externa en un plazo de 30 días. Quizás se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor nos informará a nosotros y a usted la decisión final en el plazo de los dos días hábiles luego de tomar la decisión.

Puede recibir una decisión más rápida si el médico indica que una demora podría provocar un grave daño a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en tres días o menos. El revisor nos informará la decisión tomada a nosotros y a usted inmediatamente por teléfono o fax. Luego, le enviarán una carta con la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si solicita ambas, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Aetna Better Health tratará de hacer lo mejor que pueda para abordar sus inquietudes o problemas lo más rápido posible y para que usted esté conforme. Puede utilizar el proceso de reclamaciones o de apelaciones, según el tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en sus servicios ni en la forma en que el personal de Aetna Better Health o un proveedor de atención de salud lo tratan porque haya presentado una reclamación o una apelación. Mantendremos su privacidad y le brindaremos la ayuda que pueda necesitar para presentar una reclamación o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión o auditivos. También puede elegir a alguien (por ejemplo un familiar, amigo o proveedor) para que actúe en su nombre.

Si desea presentar una reclamación o apelar una acción del plan, llame al 1-855-456-9126 o escriba a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Grievance and Appeals Dept.
55 West 125th Street, Suite 1300
NYC, NY 10027
Fax: 1-855-264-3822

Cuando se pone en contacto con nosotros, debe proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono y detalles del problema.

¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es cualquier comunicación que recibamos de su parte relacionada con la insatisfacción en cuanto a la atención y al tratamiento que le brinda nuestro personal o los proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o a usted no le agrada la calidad de la atención o los servicios que le hemos brindado, puede presentarnos una reclamación.

El proceso de reclamación

Puede presentarnos una reclamación oralmente o por escrito. La persona que reciba su reclamación la registrará y el personal adecuado supervisará la revisión de la reclamación. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido la reclamación y le daremos una descripción del proceso de revisión. Revisaremos su reclamación y le daremos una respuesta por escrito en uno de los siguientes plazos:

1) Si una demora aumentaría considerablemente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión en el plazo de las 48 horas después de recibir la información necesaria.

2) Para todas las demás reclamaciones, le notificaremos nuestra decisión en el plazo de los 45 días de recepción de la información necesaria, pero el proceso se debe completar en el plazo de los 60 días de haber recibido la reclamación. El período de revisión puede extenderse hasta por 14 días si usted lo solicita o si nosotros necesitamos más información y la demora es por su bien.

En nuestra respuesta, describiremos lo que determinamos al revisar su reclamación y nuestra decisión acerca de dicha reclamación.

¿Cómo puedo apelar una reclamación?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su reclamación, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de reclamación. Debe presentarla por escrito en el plazo de los 60 días hábiles de haber recibido nuestra decisión inicial acerca de su reclamación. Una vez que hayamos revisado su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito en el que le indicaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de reclamación son llevadas a cabo por profesionales adecuados, que incluyen profesionales de atención de salud para las reclamaciones relacionadas con asuntos clínicos que no participaron en la decisión inicial.

Para las apelaciones estándar, tomaremos la decisión de la apelación en el plazo de los 30 días hábiles después de recibir toda la información necesaria para tomar la decisión. Si una demora en nuestra decisión aumentaría considerablemente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de reclamación acelerada. Para las apelaciones de reclamación acelerada, tomaremos una en el plazo de los dos días hábiles después de recibir la información necesaria. Para ambas apelaciones, le proporcionaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión. El aviso incluirá los motivos detallados de la decisión y, en casos que involucren asuntos clínicos, los fundamentos clínicos de la decisión.

Quejas al estado de Nueva York

Puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York cuando lo desee para presentar una queja.

Tel.: 1-800-206-8125

NYS Department of Health
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Complaint Unit Room 1911
Corning Tower ESP
Albany, NY 12237-0062

CONFIDENCIALIDAD

Aetna Better Health tiene la política de proteger su confidencialidad y la de su familia. Para proteger dicha confidencialidad:

- Toda la información incluida en su registro de miembro es confidencial. El personal de Aetna Better Health protege la divulgación accidental de información al proteger los registros e informes del uso no autorizado.
- Todas las solicitudes de información serán revisadas por el funcionario de cumplimiento de Aetna Better Health, a fin de proteger su derecho de privacidad. Solo la información necesaria se divulgará a las agencias de la comunidad, los hospitales, los centros de atención a largo plazo y otros proveedores, a fin de garantizar la continuidad y coordinación de su atención.
- Aetna Better Health permitirá que solo los representantes autorizados legalmente de Aetna Better Health inspeccionen y soliciten copias de su registro médico y demás registros de los servicios cubiertos que se le proporcionaron de acuerdo con el consentimiento escrito que se le pedirá que elabore y en el que autorice a Aetna Better Health a divulgar dicha información.
- Aetna Better Health seguirá todas las leyes federales y del estado de Nueva York con respecto a la confidencialidad, incluidas las relacionadas con los resultados de las pruebas de VIH.
- Aetna Better Health conservará todos los registros relacionados con usted durante un período no menor de

siete (7) años después de la cancelación de la inscripción. Los registros médicos y financieros de Aetna Better Health son propiedad de Aetna Better Health y permanecerán como su propiedad, excepto conforme a las leyes y disposiciones estatales y federales vigentes, y la política y los procedimientos de Aetna Better Health.

- Toda solicitud de información recibida de parte de agencias del cumplimiento de la ley con respecto a su atención, por ejemplo, de la policía o la oficina del procurador del distrito, se dirigirán al director ejecutivo de Aetna Better Health antes de proporcionar cualquier tipo de información, a fin de garantizar que se obtenga la autorización correspondiente que exija la ley.

CAMBIO DE LA INFORMACIÓN

Es muy importante que tengamos la información correcta. Si no es así, es posible que no obtenga avisos importantes de nuestra parte. Si cambia su dirección o número de teléfono, debe comunicarse con la línea gratuita de Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.

Además, debe llamar al Departamento de Servicios Sociales de Nueva York local o a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York para informarles del cambio. Consulte la sección Información útil para obtener los números de teléfono de estos departamentos.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Usted puede estar cubierto por Aetna Better Health y por otro seguro médico. Este otro seguro puede incluir un seguro privado o Medicare.

Si usted es o será miembro de otro seguro, llame a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.

Trabajamos con las demás compañías de seguros para cubrir sus facturas. Esto se denomina coordinación de beneficios (COB). Cubriremos sus facturas únicamente después de que las otras compañías no hayan pagado el importe total. Es decir, todos los reclamos deben facturarse primero a las otras compañías de seguros.

Nos encargaremos de pagar sus reclamos después de que las demás compañías de seguros realicen sus pagos. Realizaremos pagos que cubran hasta el importe permitido por el programa Medicaid de Nueva York.

FRAUDE Y ABUSO

En algunas ocasiones, los miembros o proveedores pueden tener acciones deshonestas al tratar con Aetna Better Health. Estas acciones se conocen como fraude y abuso.

Algunos ejemplos de fraude y abuso de proveedores incluyen los siguientes:

- Facturar a los miembros por los servicios cubiertos (que no sean sus copagos).
- Ofrecer regalos o dinero por servicios.
- Ofrecer suministros o servicios gratuitos para utilizar su número de tarjeta de identificación de Aetna Better Health.
- Proporcionar servicios que no necesita.
- Ejercer abuso por parte del personal médico.

Algunos ejemplos de fraude y abuso del miembro incluyen los siguientes:

- Vender o prestar la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health a otra persona.
- Tratar de conseguir medicamentos o servicios que no necesita.

- Falsificar o cambiar recetas.

Llame a nuestra línea directa para denunciar un fraude o abuso. El número gratuito es 1-855-456-9125. No es necesario que revele su nombre cuando denuncia un fraude o abuso.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que garantizan que sus deseos con respecto a su atención médica y tratamiento se cumplan en el caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. El estado de Nueva York reconoce tres (3) tipos de instrucciones anticipadas:

Español

Apoderado del estado de Nueva York

- **Qué hace:** Le permite designar a un agente de atención de salud, quien tomará decisiones en el caso de que usted no pueda tomarlas por sí solo.
- **Cuándo entra en vigencia:** Únicamente después de que dos médicos decidan que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.
- **Formulario estándar de Nueva York**

Testamento vital

- **Qué hace:** Le permite indicar qué desea (o qué no desea) al terminar su vida.
- **Cuándo entra en vigencia:** Cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones y el médico confirme que tiene una enfermedad incurable.
- **Formulario no estándar del estado de Nueva York:** Puede encontrar ejemplos en Internet. Además, puede escribir instrucciones especiales en el “Formulario de apoderado de atención de salud de Nueva York”.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)/orden de no resucitar (ONR)

- **Qué hace:** Le indica a los proveedores de atención de salud y empleados de emergencia si usted desea que lo reanimen si deja de respirar o si el corazón le deja de latir.
- **Cuándo entra en vigencia:** Cuando su médico firma la orden.
- **Formulario no estándar del Estado de Nueva York:** Puede encontrar ejemplos en Internet. Además, puede escribir instrucciones de ONR en el “Formulario de apoderado de atención de salud de Nueva York”.
  - Los hospitales tienen sus propios formularios.
  - Toda persona que no esté en un hospital puede usar el formulario “orden de no resucitar fuera del hospital”.
  - Si está muy enfermo como para tomar una decisión sobre una ONR, su agente de atención de salud o su familiar más cercano puede actuar en su nombre.

OTRO TIPO DE INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN

Aetna Better Health dejará otro tipo de información a su disposición a solicitud. Este tipo de información incluye:

- Información sobre las operaciones y la estructura de Aetna Better Health.
- Lista de nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de los miembros del consejo directivo,

funcionarios, personas de control, propietarios o socios del plan.

- Copia de la declaración financiera certificada anual más reciente del plan, que incluye un balance general, y resumen de recibos y gastos preparados por un contador público matriculado (CPA).
- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y demás información del miembro.
- Descripción escrita de los arreglos organizacionales y procedimientos en curso del programa de mejoras y garantía de calidad.
- Criterios específicos para la revisión clínica por escrito, relacionados con una enfermedad o afección en particular y, cuando corresponda, demás información clínica que el plan podría considerar en su proceso de revisión de utilización.
- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos de elegibilidad mínimos para los proveedores de atención de salud.

Comité Asesor de Miembros sobre Educación para la Salud

Su opinión es importante para nosotros. Aetna Better Health quiere escuchar sus ideas. Contamos con un Comité Asesor de Miembros sobre Educación para la Salud (HEMAC) que justamente ofrece este tipo de asesoramiento. Si tiene una sugerencia o desea afiliarse al HEMAC, llame al número gratuito de Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.

Cambios en los servicios y remisión al programa

Si en algún momento se hacen cambios en los servicios cubiertos o en la manera de obtenerlos, se lo informaremos. Si necesitamos avisarle estos tipos de cambios, le enviaremos una carta, por lo menos, 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio. Es muy importante que tengamos su domicilio actual. Si se muda o cambia de domicilio, llame al número gratuito de Servicios al Cliente al 1-855-456-9126 para que podamos actualizar sus registros.

EXCEDENTE/COPAGO DE MEDICAID

En el estado de Nueva York, puede obtener la cobertura de Medicaid aun cuando sus ingresos mensuales superen el límite de Medicaid. Para ello, debe pagar lo que Medicaid denomina un “copago”. Este monto lo establece la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales de los condados de Nassau y Suffolk. Aetna Better Health tiene la obligación de cobrar el importe que usted adeude.

Aetna Better Health le enviará una factura mensual por el monto adeudado. Si no paga este monto antes de los 30 días de recibir la factura, tenemos derecho a iniciar la cancelación de la inscripción.

CANCELACIÓN VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA DE LA INSCRIPCIÓN (PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE SALUD DE AETNA BETTER HEALTH)

Cancelación voluntaria de la inscripción

Usted decide si desea ser miembro de Aetna Better Health. Puede pedir la cancelación de la inscripción en cualquier momento y por cualquier motivo. Para ello, llámenos o escríbanos.

Si solicita la cancelación de la inscripción por teléfono o personalmente, le enviaremos una carta por escrito en la que le indicaremos que recibimos su solicitud. El administrador de atención puede comunicarse con usted para

analizar los motivos de la cancelación de la inscripción.

La cancelación de la inscripción entrará en vigor el primer día del mes después de que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales procese la solicitud. Le notificaremos la fecha en que la cancelación de la inscripción entre en vigencia. Le proporcionaremos los servicios cubiertos hasta la fecha de vigencia de la cancelación de la inscripción. Puede cancelar su inscripción regular de Medicaid, o bien inscribirse en otro plan de salud, siempre y cuando reúna los requisitos.

Cancelación involuntaria de la inscripción

Se cancelará su inscripción de Aetna Better Health en los siguientes casos:

- Ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid.
- Se muda de forma permanente del área de servicio de Aetna Better Health.
- Se muda a un condado nuevo en el área de servicio de Aetna Better Health y el nuevo LDSS le niega la continuidad de la inscripción en función de la evaluación de elegibilidad de Aetna Better Health para su inscripción vigente.
- No ha permanecido en el área de servicio durante más de 60 días consecutivos.
- Usted ha sido hospitalizado o ha ingresado en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD) o la Oficina de Servicios para Abuso de Drogas y Alcohol durante 45 días o más.
- Necesita atención en un hogar de ancianos, pero no reúne los requisitos para este tipo de atención en virtud de las reglas del programa Medicaid.
- Ya no necesita los servicios del plan durante 120 días o más, según su última evaluación.
- Es encarcelado.

Se podría cancelar su inscripción en Aetna Better Health en los siguientes casos:

- Usted, su familia o su cuidador se comporta de una manera que afecta nuestra capacidad de prestarle servicios a usted o a otros miembros.
- No paga el monto de copago o excedente. Tenemos la obligación de tratar de cobrarle el pago a usted primero.
- No completa y envía un consentimiento o una autorización de divulgación que sean necesarios. Debe saber que hizo esto.
- Presenta información falsa a Aetna Better Health. Debe saber que hizo esto.
- Comete fraude relacionado con su membresía.
- Su médico se niega a trabajar con Aetna Better Health en cuanto al desarrollo y a la implementación de su plan de atención.

Si Aetna Better Health considera que su situación requiere cancelar su inscripción, nos comunicaremos con usted. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos por qué consideramos que se debe cancelar su inscripción. En la carta se le indicará qué debe hacer si no está de acuerdo.

La cancelación de la inscripción entrará en vigor el primer día del mes después de que la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la Ciudad de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales procese la solicitud. Le notificaremos la fecha en que la cancelación de la inscripción entre en vigencia. Le proporcionaremos los servicios cubiertos hasta la fecha de vigencia de la cancelación de la inscripción.

Las solicitudes de reinscripción en Aetna Better Health después de una cancelación involuntaria de la inscripción se considerarán según el caso.

PERSONAL INFORMATION

My nurse's name and phone number

My social worker's name and phone number

My care manager's name and phone number

HELPFUL INFORMATION

Aetna Better Health Member Services
TOLL FREE 1-855-456-9126

Services for Hearing Impaired
NY Relay 7-1-1 or 1-877-662-4886 TTY/voz
For those with hearing impairment, NY Relay can connect you to anyone, anywhere, 24 hours a day, 7 days a week.

Address
Aetna Better Health of New York
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

State Department of Health
Bureau of Continuing Care Initiatives
TOLL FREE 1-866-712-7197

Non-Emergency Transportation
Call Aetna Better Health Member Services
TOLL FREE 1-855-456-9126

Emergency Transportation Services
9-1-1

Dental Services
1-800-468-9868 (HealthPlex)
1-800-662-1220 TTY/voz

Vision Services
1-855-873-1282 (EyeQuest)

Language Interpretation Services / Grievance and Appeals
Call Aetna Better Health Member Services
TOLL FREE 1-855-456-9126

Fraud and Abuse Hotline
1-855-456-9125

NY Department of Aging
518-474-7012

NY Department of Insurance
New York State Insurance Department
PO Box 7209
Albany, NY 12224-0209
TOLL FREE 1-800-400-8882

Español
Tiếng Việt
فارسی

हिंदी
اللغة العربية
한국의

www.aetnabetterhealth.com/newyork

INFORMACIÓN ÚTIL

Nombre y número de teléfono de mi enfermera

Nombre y número de teléfono de mi trabajador social

Nombre y número de teléfono de mi administrador de atención

INFORMACIÓN ÚTIL

Servicios al Cliente de Aetna Better Health
NÚMERO GRATUITO 1-855-456-9126

Servicios para Personas con Dificultades de Audición
Servicio Relay de NY 7-1-1 o 1-877-662-4886 TTY/vo
Para aquellas personas que tengan dificultades de audición, NY Relay puede conectarlas con cualquier persona, en cualquier lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Dirección
Aetna Better Health of New York
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

Oficina de Iniciativas de Atención Continua del Departamento Estatal de Salud
NÚMERO GRATUITO 1-866-712-7197

Transporte que no es de Emergencia
Llame a Servicios al Cliente de Aetna Better Health
NÚMERO GRATUITO 1-855-456-9126

Servicios de Transporte de Emergencia
9-1-1

Servicios Dentales
1-800-468-9868 (HealthPlex)
1-800-662-1220 TTY/voz

Servicios para la Visión
1-888-696-9551 (EyeQuest)

Servicios de Idiomas y de Interpretación/ Reclamaciones y Apelaciones
Llame a Servicios al Cliente de Aetna Better Health
NÚMERO GRATUITO 1-855-456-9126

Línea Directa para Casos de Fraude y Abuso
1-855-456-9125

Departamento de Ancianidad de NY
518-474-7012

Departamento de Seguros de NY
New York State Insurance Department
PO Box 7209
Albany, NY 12224-0209
NÚMERO GRATUITO 1-800-400-8882

Español
Tiếng Việt
فارسی

1-855-456-9126

हिंदी
اللغة العربية
한국의

www.aetnabetterhealth.com/newyork