



Conéctese



AetnaBetterHealth.com/Florida

Aetna Better Health® of Florida

Sitio web para miembros.

¿Necesita ayuda? Recorra a nuestro sitio web.

Puede visitar la página de inicio para miembros del sitio web de nuestro plan, **AetnaBetterHealth.com/Florida**, para obtener más información sobre los siguientes temas. Encontrará información sobre:

- Cómo presentar un formulario de reclamación por servicios cubiertos
- Cómo buscar un profesional de atención médica de la red e información sobre esa persona
- Restricciones en los beneficios y cómo recibir atención fuera del área de servicio o del sistema
- Cómo recibir atención fuera del horario normal o atención de emergencia
- Cómo recibir atención primaria, incluidos los puntos de acceso y los procedimientos de la farmacia
- Cómo revisar el formulario de medicamentos recetados
- Cómo presentar una queja o apelación, incluido el derecho a una revisión independiente de una apelación
- Información sobre nuestros programas de manejo de casos y enfermedades
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Avisos de prácticas de privacidad
- Qué es la gestión de usos y cómo se toman las decisiones, incluida la política de compensación económica
- Estándares que los proveedores de nuestra red deben cumplir
- Nuestro programa de mejora de calidad, incluidos los objetivos y los resultados
- Evaluación de la nueva tecnología médica con la que contamos
- Cómo recibir atención especializada, de salud del comportamiento o en el hospital
- Beneficios y servicios incluidos y excluidos de la cobertura
- Copagos y otros cargos de los cuales son responsables los miembros
- Pautas de atención preventiva, evaluaciones de salud y herramientas de autocontrol

Otoño 2020

86.22.330.0-FA
F/K6.5

Un portal a un mundo de información.

Los miembros de Aetna Better Health of Florida pueden usar un portal web seguro para acceder a herramientas de manejo de la salud, enviar preguntas y obtener información sobre los beneficios. Puede acceder al portal web en nuestro sitio web. Para ello debe registrarse y crear una cuenta para iniciar sesión.

Estos son algunos de los servicios que ofrece el portal:

- **Acceso a recursos y programas educativos:** encontrará herramientas de autoayuda para temas como dejar el hábito de fumar y control del peso.
- **Consulta del estado de sus reclamaciones:** vea el estado de sus reclamaciones desde el comienzo hasta el final.
- **Acceso a servicios de beneficios de farmacia:** vea información sobre los costos de los medicamentos. Solicite una excepción para un medicamento no cubierto por su plan. Localice una farmacia. Obtenga información sobre los medicamentos de un farmacéutico.



- **Acceso a información personalizada sobre los servicios del plan de salud:** solicite una tarjeta de identificación y cambie de PCP. Obtenga información sobre derivaciones y autorizaciones.
- **Acceso a servicios innovadores:** complete un expediente de salud personal en línea y hágase una prueba de detección para ver si reúne los requisitos para programas de bienestar o manejo de enfermedades.

- **Acceso a una línea de información de salud:** utilice la opción de enviar una pregunta a un enfermero sobre un problema de salud. Recibirá una respuesta en 24 horas.

Para obtener información, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Florida** a través de una computadora o de su teléfono inteligente. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)** y con mucho gusto le ayudaremos.

Servicios fuera de la red cuando no están disponibles dentro de la red.

Si necesita atención de un médico que no está en nuestra red, nosotros primero debemos aprobarlo. Es posible que cubramos los servicios brindados por un médico fuera de la red sin ningún costo para usted:

- Si no hay ningún médico disponible en la red
- Para garantizar que su atención no sufra interrupciones (por ejemplo, afiliadas nuevas que están embarazadas en el momento de la inscripción)

Los servicios recibidos fuera de la red deben estar aprobados por el plan.

Cuidado de la mujer.

Una de las mejores maneras de mantenerse saludable es programar un chequeo de bienestar de la mujer anual. Estas visitas están cubiertas por sus beneficios como miembro de Aetna Better Health.

Durante este chequeo, su proveedor hará lo siguiente:

- Prueba de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)

- Examen de las mamas
- Prueba para detectar clamidia

Es posible que no tenga signos o síntomas de estos problemas. Hacerse un chequeo de bienestar de la mujer cada año puede ayudar a detectar problemas en forma temprana, antes de que sean difíciles de tratar. La salud de la mujer puede cambiar rápidamente. Por eso es importante programar un chequeo de bienestar de la mujer todos los años. Estar activo

y comer bien es importante para mantenerse saludable. Le ayudará a controlar la presión arterial, el azúcar en sangre y el colesterol.

Puede llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) para programar un chequeo de bienestar de la mujer, o puede llamar a un obstetra/ginecólogo. No necesita una derivación. Disponemos de obstetras/ginecólogos de ambos sexos.

Haga su evaluación de riesgos de salud.

Todos los afiliados nuevos de Aetna Better Health recibirán una llamada de Aetna Better Health para una encuesta de salud. En su identificador de llamadas posiblemente aparezca "Aetna Medicaid".

Durante esta llamada se le harán preguntas de salud. Estas preguntas nos ayudarán a brindarle un mejor servicio. Sus respuestas son privadas. Nuestros enfermeros utilizan esta información para ofrecerle educación relacionada con la salud. Es posible que reciba por correo este material educativo sobre una afección específica que tenga.

También puede recibir una llamada de un enfermero de Aetna Better Health. El objetivo de estos materiales y llamadas es ayudarlo a mantenerse saludable. Si no desea responder una encuesta telefónica de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.



Le ayudamos a vivir bien.

Si tiene asma, diabetes, problemas de corazón o EPOC (enfermedad pulmonar), podemos ayudarlo. Los miembros con estos tipos de problemas son ubicados en nuestro programa de manejo de enfermedades.

En este programa, puede recibir correspondencia, recordatorios y llamadas telefónicas de alguno de nuestros asesores de salud. La participación en este programa es importante para su salud. Si no desea estar en el programa, puede cancelar su participación llamando al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.

También ayudamos a nuestros miembros con necesidades médicas importantes o de largo plazo. Una manera de hacerlo es a través de nuestros programas de administración de casos. Los administradores de casos son enfermeros registrados que trabajan para nosotros. Están aquí para ayudar a los miembros a manejar su atención. Pueden ayudarlo a concertar citas y hablar con su médico sobre su atención.

Las instrucciones anticipadas ayudan a los médicos a saber qué es lo que usted desea.

Su proveedor puede preguntarle si tiene instrucciones anticipadas. Estas son instrucciones sobre su atención médica. Se utilizan cuando usted no puede expresar lo que quiere decir por sí mismo debido a un accidente o enfermedad.



Recibirá atención médica aunque no tenga instrucciones anticipadas. Tiene derecho a tomar sus propias decisiones médicas. Puede negarse a recibir atención. Las instrucciones anticipadas ayudan a los proveedores a saber qué es lo que usted quiere cuando no puede decirlo.

Es importante que todos tengan instrucciones anticipadas, independientemente de la edad o afección médica. Le permiten decir qué tipo de atención al final de la vida quiere y no quiere.

Una instrucción anticipada es una declaración escrita o verbal que indica cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo. Algunas personas dan instrucciones anticipadas cuando están muy enfermas o al final de la vida. Otras personas dan instrucciones anticipadas cuando están sanas.

Puede cambiar su opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a comprender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único objetivo es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

Puede descargar un formulario de instrucciones anticipadas de nuestro sitio web, **[AetnaBetterHealth.com/Florida](https://www.aetna.com/betterhealth/florida)**.

Asegúrese de que alguien (como su PCP, su abogado, un familiar o su administrador de casos) sepa que usted tiene instrucciones anticipadas y dónde se encuentran. Si tiene instrucciones anticipadas:

- Conserve una copia de sus instrucciones anticipadas para usted.
- Entregue una copia a la persona a la que le otorga el poder notarial médico.
- Entregue una copia a cada uno de sus proveedores.
- Lleve una copia con usted si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias.
- Conserve una copia en su automóvil si tiene uno.

Si hay algún cambio en la ley sobre las instrucciones anticipadas, se lo informaremos en un plazo de 90 días. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas si no lo desea.

Si su proveedor no cumple con sus instrucciones anticipadas, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.

Obtenga respuestas con la Línea de Ayuda de Enfermería.

Para sus necesidades de atención médica, lo mejor es trabajar con su médico de atención primaria. Pero si tiene una pregunta médica y no sabe qué hacer, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 horas.

En la Línea de Ayuda de Enfermería pueden responder sus preguntas sobre la salud.

Pueden ayudarle a decidir qué hacer cuando necesita atención médica. Pueden decirle si debería llamar a su médico de atención primaria, programar una cita o ir de inmediato a la sala de emergencias. El número gratuito de la Línea de Ayuda de Enfermería es el **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**. Este número está en el reverso de su tarjeta de identificación.

Segunda opinión.

Aetna Better Health of Florida ofrece una segunda opinión de un proveedor de la red o hace las gestiones necesarias para que el miembro obtenga una segunda opinión fuera de la red.

Su derecho a una segunda opinión

Como miembro de Aetna Better Health, usted tiene derecho a

recibir una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado. Esto no tiene ningún costo.

Tal vez quiera confirmar que recibe el tratamiento adecuado para una enfermedad. O quizás quiera preguntar sobre una cirugía que su proveedor le dice que necesita. Para informarse sobre cómo obtener una segunda opinión, simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.

No hay ningún costo adicional por recibir una segunda opinión de un proveedor de nuestra red. Para una segunda opinión de un proveedor fuera de la red, necesitará nuestra aprobación. Si no hay un proveedor de la red disponible, le ayudaremos a conseguir una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Aun así este servicio no tiene ningún costo para usted.

¿Necesito una derivación (autorización)?

A veces, es posible que deba ver a un proveedor que no es su PCP por problemas médicos como afecciones, lesiones o enfermedades especiales. Hable primero con su PCP. Su PCP hará una derivación a un especialista. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de atención médica determinada.

Autorización previa: algunos servicios de atención médica deben ser aprobados

Aetna Better Health debe aprobar de antemano algunos servicios antes de que usted pueda recibirlos. Esto se llama autorización previa. Esto significa que sus proveedores deben obtener nuestra aprobación para brindar ciertos servicios. El proveedor sabe cómo hacerlo. Trabajaremos juntos para asegurarnos de que el servicio sea lo que usted necesita.

A excepción de la planificación familiar y la atención de emergencia,



todos los servicios fuera de la red requieren aprobación previa. Es posible que deba pagar los servicios si no obtiene la aprobación previa para servicios que:

- Son proporcionados por un proveedor fuera de la red
- Requieren aprobación previa
- No están cubiertos por Aetna Better Health of Florida

Todos los servicios de proveedores que no están en nuestra red necesitan aprobación previa.

A continuación, se indican los pasos para la aprobación previa:

1. Su proveedor le da a Aetna Better Health of Florida información sobre los servicios que considera que usted necesita.
2. Aetna Better Health of Florida revisa la información.
3. Su proveedor recibirá una notificación por escrito una vez que hayamos aprobado o denegado un servicio.
4. Si denegamos su solicitud, explicaremos nuestros motivos en una carta que les enviaremos a usted y a su proveedor.
5. Si denegamos un servicio, usted o su proveedor con su permiso por escrito pueden presentar una apelación.

Farmacia.

Encuentre información importante sobre medicamentos recetados en nuestro sitio web.

Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Florida**. Seleccione "For Members" (Para Miembros). Elija "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia). Haga clic en "Formulary Drug List" (Lista de Medicamentos del Formulario) y luego en "Preferred Drug List" (Lista de Medicamentos Preferidos).

El formulario y la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) de la Agencia para la Administración de la Atención Médica se actualizan con regularidad. Puede buscar estos cambios en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Florida**. Seleccione "For Members" (Para Miembros). Elija "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia). Haga clic en "Medicaid Formulary Updates" (Actualizaciones del formulario de Medicaid) y luego en "Updates" (Actualizaciones).

Aetna Better Health of Florida también cubre medicamentos y productos que no se encuentran en la PDL de la Agencia para la Administración de la Atención Médica. Esta lista se llama formulario complementario.

Puede encontrar esta lista y actualizaciones de la lista en nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Florida**. Seleccione "For Members" (Para Miembros). Elija "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia). Haga clic en "Formulary Drug List" (Lista de Medicamentos del Formulario).



Sus derechos de miembro.

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan, también tiene ciertos derechos. Tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Que se respete su dignidad y privacidad en todo momento
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién le presta los servicios médicos y quién es responsable de su atención
- Conocer los servicios disponibles para los miembros, incluso si se dispone de un intérprete si no habla inglés
- Saber qué normas y leyes se aplican a su conducta
- Recibir información sobre su diagnóstico, el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos, los riesgos y cómo estos tratamientos le ayudarán
- Negarse a recibir cualquier tratamiento, excepto cuando la ley especifique lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudarlo a pagar su atención médica
- Saber si el proveedor o el centro aceptan la tarifa de asignación de Medicare
- Que se le informe cuánto puede costarle un servicio antes de recibirlo
- Obtener una copia de una factura y que se le expliquen los cargos
- Recibir tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, origen nacional, religión, incapacidad o fuente de pago
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeoraría si no recibiera tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para una investigación experimental y aceptar o negarse a participar en dicha investigación
- Presentar una queja cuando no se respeten sus derechos
- Pedir otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica)
- Obtener una copia de sus registros médicos y pedir que se agregue o corrija información en su registro, si fuera necesario



Servicios de interpretación.

Si necesita un intérprete, llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501**.

Este servicio es sin cargo para todos los idiomas. También puede llamar a Servicios para Miembros de 8 AM a 7 PM, hora del este, de lunes a viernes.

Si tiene problemas para escuchar o hablar, use su TTY o marque **711** en su teléfono. Será transferido a un operador de servicio.

Información sobre incentivos.

Queremos que esté seguro de que recibe la atención médica y los servicios que necesita. Para eso, tenemos políticas que nuestros proveedores deben seguir para garantizar que usted reciba la atención médica adecuada.

Nuestra política es no premiar a proveedores ni a nadie por denegar o brindar menos atención necesaria por razones médicas a un miembro de nuestro plan. Esto se llama “declaración afirmativa”.

No premiamos ni pagamos dinero extra a proveedores de atención médica, a nuestro personal ni a otras personas por los siguientes motivos:

- Denegarle atención médica.
- Brindarle menos atención.
- Denegarle pruebas o tratamientos que son necesarios por razones médicas.

Todos nuestros miembros deben recibir la atención médica adecuada. Si desea obtener más información sobre este tema, llámenos al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.

- Hacer que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad y se compartan solo cuando lo exija la ley o con su aprobación
- Decidir cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no puede tomarlas usted mismo (instrucciones anticipadas)
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión de un Plan sobre sus servicios
- Apelar la decisión de un Plan con respecto a sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no forma parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que forme parte de nuestro Plan

Sus responsabilidades como miembro.

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, también tiene ciertas responsabilidades. Tiene la responsabilidad de:

- Brindar información precisa sobre su salud al Plan y a los proveedores
- Informarle a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud
- Hablar con su proveedor para asegurarse de que entiende los pasos a seguir y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones y hacer preguntas
- Acudir a sus citas o notificar a su proveedor si no podrá acudir a una cita
- Ser responsable de sus acciones si rechaza un tratamiento o si

- no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica
- Garantizar el pago de los servicios no cubiertos que reciba
- Respetar las normas y los reglamentos de conducta del centro de atención médica
- Tratar al personal de atención médica con respeto
- Decirnos si tiene problemas con cualquier miembro del personal de atención médica
- Utilizar la sala de emergencias únicamente para emergencias reales
- Notificar a su administrador de casos si hay cambios en su información (dirección, número de teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este plan si es necesario por su seguridad
- Denunciar fraude, abuso y pagos en exceso

Manejo de la atención.

¡Permítanos ayudarle a recibir la atención que necesita!

Tenemos un programa de manejo integrado de la atención para personas con necesidades especiales de atención médica. Por ejemplo:

- Necesidades cuando está embarazada
- Necesidades de salud del comportamiento, como en casos de depresión o ansiedad
- Enfermedades a largo plazo, como diabetes
- Otras necesidades de atención médica

Estamos aquí para ayudarle en la medida que usted quiera.

Si se inscribe en el programa, su equipo puede incluir las siguientes personas:

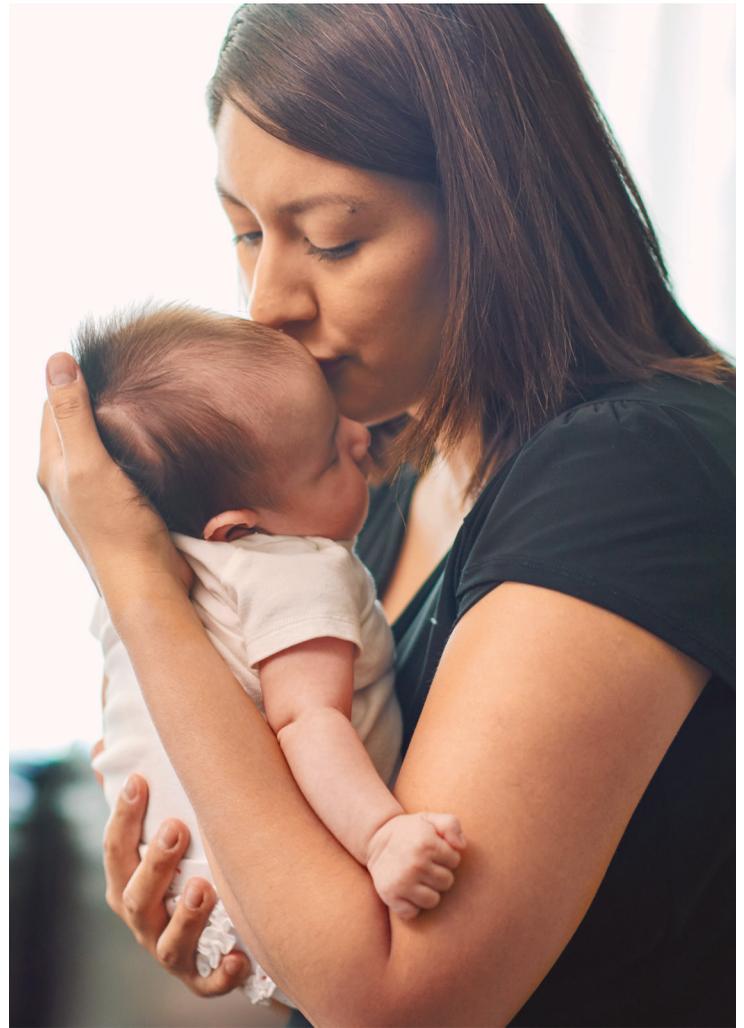
- Un coordinador de atención
- Un asociado de manejo de la atención

Los integrantes de su equipo están aquí para brindarle ayuda. Ellos trabajarán con usted y sus proveedores. Colaborarán para que cumpla con los objetivos de salud que sean importantes para usted. Le brindarán información sobre el programa, que incluye:

- Cómo utilizar los servicios
- Cómo reunir los requisitos para participar
- Cómo inscribirse o cancelar su inscripción

También:

- Le brindarán recursos
- Le entregarán materiales educativos
- Le ayudarán a acceder a otros servicios



Si usted es uno de nuestros miembros y desea participar en este programa, puede hacerlo. Los proveedores, familiares o cuidadores también pueden derivar a un miembro para manejo de la atención. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)** y pregunte por Manejo de la Atención.

La cobertura de beneficios en detalle.

Preguntas sobre beneficios y copagos.

Puede encontrar una lista de los beneficios y servicios cubiertos y no cubiertos en el Manual para Miembros y en nuestro sitio web. En el Manual para Miembros también se detallan algunos costos que tal vez sean su responsabilidad.

Costos que tal vez deba pagar

Como miembro de Aetna Better Health of Florida, por lo general no tiene que pagar los servicios de atención médica cubiertos. Pero hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe un servicio y su proveedor le dice de antemano que no es un beneficio cubierto, es posible que usted tenga que pagarlo. Si recibe una factura de un médico por un servicio de atención médica cubierto, llámenos.

Su privacidad es importante.

Aetna Better Health of Florida se esfuerza por mantener la seguridad y privacidad de la información personal y de salud de los miembros. Necesitamos información sobre usted para ayudarle a recibir sus beneficios. Recopilamos su información de muchos lugares.

Mantener segura su información es una de nuestras tareas más importantes. Nos cercioramos de que solo las personas que necesiten utilizar su información tengan acceso a ella.

Podemos utilizar y distribuir su información para:

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones de atención médica

Estos usos están previstos en virtud de las leyes estatales y federales. Nuestras políticas se regirán por estas leyes para proteger su información.

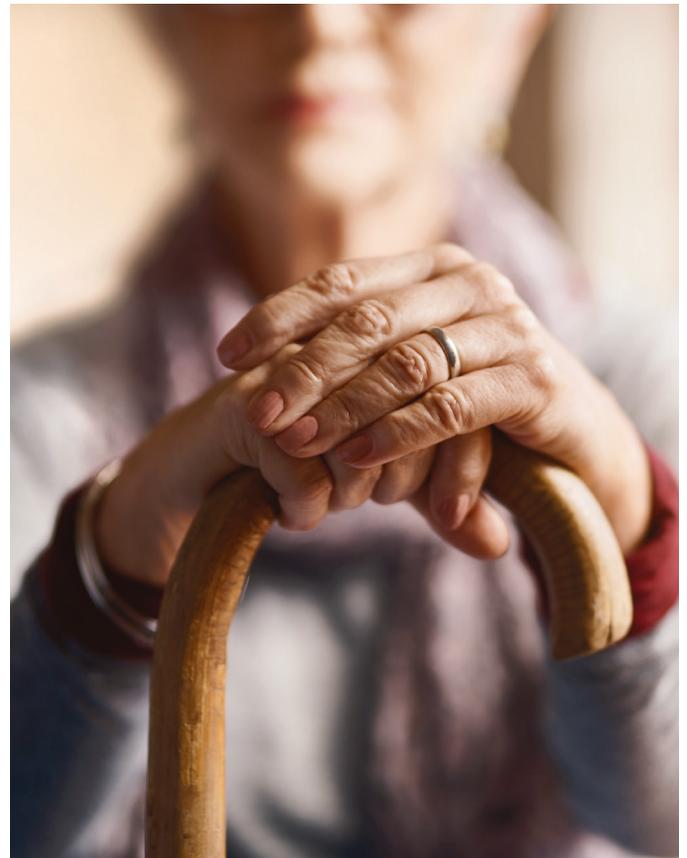
Si desea recibir una copia detallada de nuestras prácticas de privacidad, llame a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.

Nos aseguramos de que reciba la atención correcta.

Nuestro programa de gestión de usos (Utilization Management, UM) se asegura de que usted reciba la atención adecuada cuando la necesite. El personal de gestión de usos puede ayudarles a usted y a sus médicos a tomar decisiones sobre la atención de su salud. Nuestro programa de gestión de usos ayuda a garantizar que usted reciba los servicios adecuados en el lugar adecuado. A la hora de tomar decisiones, es importante recordar lo siguiente:

- Para tomar decisiones de gestión de usos, observamos sus beneficios y elegimos la atención y los servicios más adecuados.
- No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar la cobertura o atención.
- Nuestros empleados no reciben ningún incentivo para reducir los servicios que usted recibe.

Puede hablar con alguien para hacer preguntas sobre gestión de usos llamando a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)**.



Este boletín se publica como un servicio a la comunidad para los amigos y miembros de Aetna Better Health® of Florida. Este documento incluye información general sobre la salud que no debe reemplazar el asesoramiento o la atención que recibe de su proveedor. Siempre consulte a su proveedor sobre sus necesidades de atención médica personales. Es posible que se hayan empleado modelos en fotos e ilustraciones. Aetna Better Health® of Florida es un Plan de Atención Administrada con un contrato con Medicaid de Florida. Información de salud y bienestar o prevención.

2020 © Coffey Communications, Inc. Todos los derechos reservados.