



Aetna Better Health® of Florida



Verano 2019

Manejo integrado de la atención

Tenemos un programa de manejo integrado de la atención para apoyar a personas con necesidades especiales de atención médica.

Este programa puede ayudarle a recibir la atención que necesita.

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 número indicado a continuación y solicite manejo de la atención: **1-800-441-5501**.

¿Qué pasa, doc? La comunicación es la clave

¿A veces siente que usted y su médico no se entienden?

Tener un médico que lo comprenda es importante. Y también es importante que usted le hable con claridad. El médico es la persona que usted ve para muchas de sus necesidades de atención de la salud, así que lo mejor es que los dos estén en la misma sintonía.

Los médicos y los pacientes pueden tener problemas cuando conversan por diversas razones. Si eso le sucede, tome estas medidas que podrían ayudar:

Supere la barrera del idioma. ¿El inglés es su segundo idioma? Si no se siente cómodo al hablar en inglés con su médico, lleve un intérprete con usted o pregunte por los servicios de traducción que puede proveer el consultorio del médico. Puede hacer lo mismo si es sordo y necesita un intérprete de lenguaje de señas.

Elija un proveedor que se adapte a sus necesidades. Es importante encontrar un proveedor con quien se sienta cómodo. ¿Comparten



valores similares? ¿Confía en su proveedor? Estas cosas pueden ser importantes para la relación.

Diga lo que piensa. Las conversaciones deben ser de a dos. Si no entiende algo, hágaselo saber a su proveedor. Pídale que se lo explique tantas veces como sea necesario hasta que lo entienda con claridad. Recuerde ser abierto y honesto con respecto a su salud y cualquier síntoma que tenga.

¿Cómo podemos ayudarle?

Si tiene problemas para hablar con su proveedor, infórmele a su plan de salud. Y si no tiene un médico, podemos ayudarle a encontrar el adecuado para usted.

Fuentes: American Academy of Family Physicians; National Institutes of Health

Continuidad de la atención

Si es un miembro nuevo que actualmente está bajo la atención activa de un médico y recibe un servicio cubierto, le ayudaremos con la coordinación de la atención sin exigir una autorización adicional.

Seguiremos pagando la atención que recibe durante 60 días a partir de la fecha de la inscripción, sin ningún costo para usted. Llámenos al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711 retransmisión)**, de 8 a.m. a 7 p.m., para obtener más información.

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

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**.

¿Cómo elijo a mi PCP?

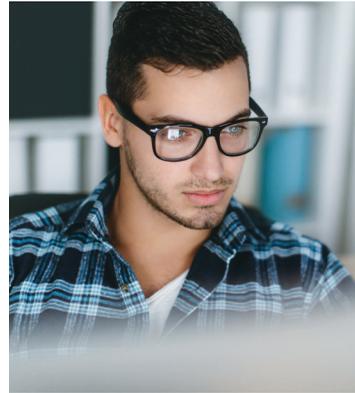
Cuando se inscribe por primera vez en nuestro

Plan, tiene la opción de decirle a Aetna Better Health of Florida el nombre del PCP que le gustaría que le brinde atención. Aetna Better Health of Florida tendrá una lista de los PCP que trabajan con nuestro Plan. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que pueda mantener el PCP que eligió. En algunos casos, no podremos asignarle al PCP que eligió.

Cuando esto suceda, elegiremos un PCP por usted. El nombre y el número de teléfono del PCP estarán en su tarjeta de identificación. Puede llamarnos en cualquier momento para cambiar de PCP. Podríamos elegir un PCP para usted si:

- No nos dijo el nombre del PCP que le gustaría que le brinde atención cuando se inscribió.
- El PCP que eligió no acepta miembros nuevos.
- El PCP que eligió solo atiende a ciertos miembros, como los pediatras que solo ven a niños.

Si tenemos que elegir un PCP para usted, intentaremos encontrar el PCP que esté cerca de donde usted vive y



se adapte mejor a sus necesidades. Buscamos:

- Su PCP reciente
- El PCP de su familiar
- Su código postal
- Su edad
- Su género

¿Cómo cambio de PCP?

Su PCP es un miembro importante del equipo de atención médica. Queremos que usted y su médico trabajen juntos. Puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Algunos motivos podrían ser:

- Quiere un médico de uno u otro sexo.
- Quiere un médico que hable su idioma.

Puede encontrar una lista de nuestros PCP en nuestro sitio web en **aetnabetterhealth.com/florida**. Si quiere elegir o cambiar su PCP por otro médico de nuestra red de proveedores, llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY: 711)**.

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.



Haga clic en “Para Miembros”. Haga clic en “Beneficios de Farmacia”. Luego haga clic en “Lista de medicamentos del formulario”.

A veces su proveedor querrá darle un medicamento que no está en nuestra lista. Si el medicamento que el proveedor considera que usted necesita no está en nuestra lista y usted no puede tomar ningún otro medicamento excepto el recetado, el proveedor puede solicitarnos una aprobación. El proveedor sabe cómo hacer esto. Todos los meses se publica un formulario actualizado en nuestro sitio web y puede encontrarlo en **aetnabetterhealth.com/florida**.

Deberá llevar todas sus recetas a una de las farmacias enumeradas en el directorio de proveedores o en línea en **aetnabetterhealth.com/florida**.

Servicios de farmacia

Si necesita medicamentos, su proveedor elegirá uno de nuestra lista de medicamentos cubiertos y le hará una receta. Pídale a su proveedor que se asegure de que el medicamento que receta esté en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Un equipo de farmacéuticos y médicos revisa la lista de medicamentos cubiertos (también llamada formulario). La lista podría cambiar al menos cada tres (3) meses. Se pueden añadir o eliminar medicamentos a lo largo del año. Puede encontrar el formulario en nuestro sitio web en **aetnabetterhealth.com/florida**.

Línea de enfermería las 24 horas

Aetna Better Health of Florida cuenta con una línea de enfermería para ayudarle a responder sus preguntas médicas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Simplemente llámenos al **1-800-441-5501 (TTY: 711)** y espere hasta escuchar la opción para la línea de enfermería.

Medicamentos recetados

Su proveedor puede darle una receta para un medicamento. Asegúrese de informarle sobre todos los medicamentos que esté tomando o que haya tomado por indicación de cualquier otro proveedor. También tendrá que informarle sobre todos los medicamentos de venta sin receta o tratamientos a base de hierbas que esté tomando.

Antes de irse del consultorio del proveedor, haga estas preguntas sobre su receta:

- ¿Por qué tomo este medicamento?
- ¿Qué se supone que debe hacerme?
- ¿Cómo se debe tomar el medicamento?
- ¿Cuándo debo empezar a tomar el medicamento y durante cuánto tiempo debo tomarlo?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios o las

reacciones alérgicas del medicamento?

- ¿Qué debo hacer si se produce un efecto secundario?
- ¿Qué sucederá si no tomo este medicamento?

Lea atentamente la información del medicamento que le dará la farmacia cuando surta la receta. Le explicará lo que debe hacer y lo que no debe hacer, y cuáles son los posibles efectos secundarios.

¿Necesito una derivación (autorización)?

En algunos casos, es posible que deba ver a un proveedor que no sea 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 específica.

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 y significa que sus proveedores deben obtener nuestra aprobación para brindar ciertos servicios. Ellos saben 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. Si su proveedor considera que no debemos aprobar la solicitud, otro proveedor de Aetna Better Health of Florida revisará la información.
4. Usted y su proveedor recibirán una carta una vez que hayamos aprobado o denegado un servicio.
5. Si denegamos su solicitud, le explicaremos los motivos en la carta.
6. Si denegamos un servicio, usted o su proveedor con su permiso por escrito pueden presentar una apelación.

Portal para miembros

Haga que su plan de salud rinda al máximo. Inscribese en nuestro sitio web personalizado y seguro para miembros. Puede utilizar este sitio para administrar sus beneficios de su plan y cumplir con sus objetivos de salud. Este sitio le permite:

- Cambiar de médico
- Actualizar su información de contacto
- Encontrar formularios u obtener nuevas tarjetas de identificación de miembro
- Ver su historial de salud personal
- Hacer un seguimiento de sus objetivos de salud
- Ver el estado de su reclamación
- Obtener información de salud personalizada
- Buscar medicamentos recetados
- Encontrar apoyo

Inscribese hoy. Es fácil.

Si ya está listo para utilizar esta herramienta en línea segura, puede registrarse en Internet. O puede inscribirse por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501**.

Tenga en cuenta que necesitará la identificación de miembro de su plan de salud y una dirección de correo electrónico actual para crear una cuenta.

Vacunas que necesitan los niños y adolescentes (desde el nacimiento hasta los 18 años)

Calendario de vacunación

Estas son recomendaciones generales. Hable con su médico sobre lo que es adecuado para su hijo.

DTPa = difteria, tétanos, pertusis (tos ferina)

Influenza = gripe

HepA = hepatitis A

HepB = hepatitis B

Hib = *Haemophilus influenzae* tipo b

VPH = virus del papiloma humano

IPV = polio

MenACWY (serie) = meningocócica A, C, W, Y

Men B = meningocócica B

MMR = sarampión, paperas y rubéola

PCV13 = antineumocócica conjugada

PPSV23 = antineumocócica

RV = rotavirus

Tdap = tétanos, difteria, pertusis

VAR = varicela

***Necesarias en algunos casos.**

Rango de edades recomendadas para vacunas de rutina
 Rango para determinados grupos de alto riesgo
 Rango para vacunaciones de puesta al día
 Rango para grupos que no son de alto riesgo sujetos al consejo del médico

NACIMIENTO	MESES									AÑOS					
	0	1	2	4	6	9	12	15	18	19-23	2-3	4-6	7-10	11-12	13-18
HepB	HepB	HepB	HepB						Serie HepB						
		RV	RV	RV*									VPH	Serie VPH	VPH
		DTaP	DTaP	DTaP	DTaP		DTaP		DTaP		DTaP	DTaP	Tdap	Tdap	Tdap
		Hib	Hib	Hib*	Hib	Hib*		Hib			Hib				
		PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13		PCV13			PCV13				
										PPSV23					
		IPV	IPV	IPV					IPV		IPV	Serie IPV			
				Influenza, una vez al año (1 o 2 dosis)								Influenza, una vez al año			
				MMR		MMR		MMR		MMR	Serie MMR				
					VAR		VAR		VAR	Serie VAR					
				Serie HepA					Serie HepA						
		MenACWY											MenACWY		
														MenB	

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (2019)

Segundas opiniones

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**.

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.



Comportamientos Saludables

Ofrecemos programas a nuestros miembros que quieren dejar de fumar, bajar de peso o tratar algún problema de abuso de sustancias. También ofrecemos programas prenatales y para después del parto. Recompensamos a los miembros que se inscriben y cumplen con ciertos objetivos con tarjetas de regalo y otras recompensas.

No tiene la obligación de inscribirse en el programa Comportamientos Saludables. La elección de participar en este programa es suya.

Para obtener más información sobre el programa Comportamientos Saludables, llámenos sin cargo al **1-800-441-5501**.

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 material educativo relacionado 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 ayudarle 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)**.



Sus derechos de miembro

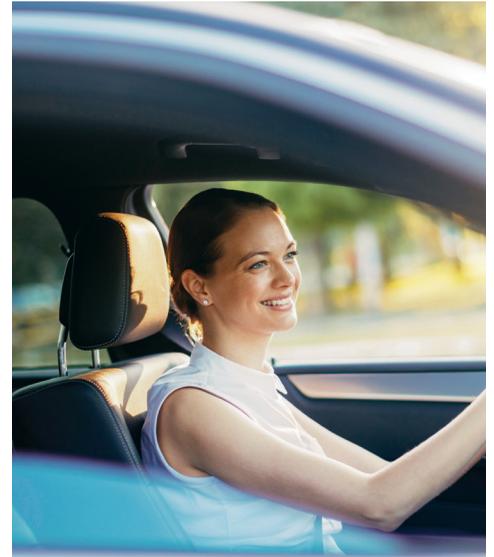
Como beneficiario de Medicaid y miembro de un Plan, también tiene ciertos derechos. Tiene derecho a:

- Que le traten 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, incluido 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 tratamiento, los riesgos y cómo le ayudarán estos tratamientos
- Negarse a recibir cualquier tratamiento, excepto cuando la ley especifique lo contrario
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudarle a pagar la 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
- Recibir una copia de la 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, discapacidad 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
- 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 a su Plan y 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



¿Sabía que tiene un beneficio de transporte? Para programar un traslado a su próxima cita, llame a LogistiCare al **1-866-799-4464** o a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501 (TTY/TDD: 711)** y con gusto le ayudaremos.

Sea una voz en su comunidad

Siempre buscamos que los miembros nos ayuden a encontrar mejores formas de hacer las cosas. Lo invitamos a formar parte de nuestro Comité Asesor de Miembros. Solo hay tres

requisitos. Usted debe:

- Tener 18 años como mínimo
- Haber sido miembro de Aetna Better Health of Florida durante al menos los últimos 90 días

- Estar dispuesto a tener reuniones por teléfono cuatro veces al año

Si le interesa participar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-441-5501**. Complete

una solicitud de inscripción en nuestro sitio web, **aetnabetterhealth.com/florida**.

 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 o bienestar o prevención.

2019 © Coffey Communications, Inc. Todos los derechos reservados.

FL-19-06-01