



2022

Manual para miembros de

Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Aetna Better Health Premier Plan MMAI (Plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a los inscritos.



Aetna Better Health® Premier Plan MMAI

AetnaBetterHealth.com/Illinois

Manual para miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de salud y para medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, plan de Medicare y Medicaid

Introducción al *Manual para miembros*

En este manual, se proporciona información sobre su cobertura durante el tiempo en que esté inscrito en Aetna Better Health Premier Plan MMAI, hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen atención a largo plazo y programas de exención basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de exención HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en el hogar y la comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

El plan Aetna Better Health Premier Plan MMAI es ofrecido por Aetna Better Health Premier Plan MMAI Inc. Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa Aetna Better Health Premier Plan MMAI Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.
- ❖ La cobertura de Aetna Better Health Premier Plan MMAI es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Además, cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual, establecido en la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	12
B. Información sobre Medicare y Medicaid.	12
B1. Medicare.	12
B2. Medicaid.	12
C. Ventajas de este plan.	13
D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	14
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan.	14
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud.	15
G. Su plan de atención.	16
H. Prima mensual de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	16
I. <i>Manual para miembros</i>	16
J. Otra información que le enviaremos.	17
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	17
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	17
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	19
K. Cómo puede mantener actualizado su perfil de inscrito.	20
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).	20



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI	22
A1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros	22
B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos	25
B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos	26
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	27
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	28
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) ...	29
E1. Cuándo ponerse en contacto con el SHIP	29
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	30
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta	30
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	31
H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid	32
I. Cómo ponerse en contacto con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois	32
J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois	33
K. Otros recursos	33

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), cubiertos por el plan	39
C. Información acerca de su administrador de casos	41
C1. ¿Qué es un administrador de casos?	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de casos	41
C3. Cómo puede cambiar su administrador de casos	41



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red deja de participar en el plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	44
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	45
G. Cómo obtener servicios de transporte	46
H. Cómo obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	46
H1. Atención ante una emergencia médica	46
H2. Atención de urgencia	48
H3. Atención durante un desastre	49
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	49
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan	49
J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	50
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	50
J2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica	50
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	50
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
L. Equipos médicos duraderos (DME)	52
L1. Beneficios de DME como miembro de nuestro plan	52
L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	52
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	53
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	54



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

A. Sus servicios cubiertos	55
A1. Durante las emergencias de salud pública.....	55
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios	56
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan	56
D. Tabla de beneficios	57
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan MMAI	99
E1. Atención en un hospicio.....	99
F. Servicios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI, Medicare o Medicaid	100

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan

A. Cómo surtir sus recetas	104
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	104
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando surta una receta	104
A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red	104
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.....	105
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	105
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	105
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	107
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	108
A9. Cómo obtener un reembolso si paga una receta que surtió	108
B. Lista de medicamentos del plan	108
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	109
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	109
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	109
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	110
C. Límites para algunos medicamentos	111
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto.....	112
D1. Cómo obtener un suministro temporal	112



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	114
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	116
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	116
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	116
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	116
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	117
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	117
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.	117
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	118

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid

A. <i>Explicación de beneficios (EOB)</i>	121
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	122
C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de los medicamentos	123
C1. Los niveles del plan.	123
C2. Sus opciones de farmacia	123
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	123
C4. Lo que usted paga	124
D. Vacunas	125
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	125



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	127
B. Cómo enviar una solicitud de pago	129
C. Decisiones de cobertura	130
D. Apelaciones	130

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	132
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	133
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	134
C1. Cómo protegemos su PHI	134
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos	134
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	135
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	136
F. Su derecho a abandonar el plan	136
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	137
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	137
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	138
G3. Lo que debe hacer si sus instrucciones no se siguen	139
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos	139
H1. Qué hacer si siente que lo tratan injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	139
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	140
J. Cómo hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro	141



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

**Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

A. Qué debe hacer si tiene un problema. 145
 A1. Acerca de los términos legales 145

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda 145
 B1. Dónde puede obtener más información y ayuda 145

C. Problemas con sus beneficios 147
 C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones
 o para hacer un reclamo 147

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 147
 D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones 147
 D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 148
 D3. Qué sección de este capítulo lo ayudará 149

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos
 (no incluye medicamentos de la Parte D) 151
 E1. Cuándo utilizar esta sección. 151
 E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 152
 E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye
 medicamentos de la Parte D). 154
 E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye
 medicamentos de la Parte D). 158
 E5. Problemas con los pagos 163



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

F. Medicamentos de la Parte D	165
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	165
F2. Definición de una excepción	166
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	167
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	168
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	171
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	173
G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	175
G1. Conozca sus derechos de Medicare	175
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	176
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	178
G4. ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación?	179
H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto	181
H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	181
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	182
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	184
H4. ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?.....	185
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	187
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	187
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid	187
J. Cómo presentar un reclamo	188
J1. Tipos de problemas sobre los que deben versar los reclamos	188
J2. Reclamos internos	190
J3. Reclamos externos.....	191



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid.	194
B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	195
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente	195
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	196
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	196
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	198
E. Cómo seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan y hasta que se cancele su membresía	198
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía	199
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.	200
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	200
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan	200

Capítulo 11: Avisos legales

A. Aviso sobre leyes	202
B. Aviso sobre no discriminación.	202
C. Aviso sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI como pagador secundario	203
C1. Derecho de subrogación en Aetna Better Health Premier Plan MMAI	203
C2. Derecho de reembolso en Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	203
C3. Sus responsabilidades	204
D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad	204

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción.	205
-----------------------	-----



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid, y su membresía. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	12
B. Información sobre Medicare y Medicaid.	12
B1. Medicare.	12
B2. Medicaid.	12
C. Ventajas de este plan.	13
D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	14
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan.	14
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud.	15
G. Su plan de atención.	16
H. Prima mensual de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	16
I. <i>Manual para miembros</i>	16
J. Otra información que le enviaremos.	17
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.	17
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	17
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	19
K. Cómo puede mantener actualizado su perfil de inscrito.	20
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).	20



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de Medicare y Medicaid. Un plan de Medicare y Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee administradores de casos y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Aetna Better Health Premier Plan MMAI fue aprobado por el estado de Illinois y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte de la iniciativa de alineación entre Medicare y Medicaid.

La iniciativa de alineación entre Medicare y Medicaid es un programa de demostración administrado de manera conjunta por el estado de Illinois y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y Medicaid. Con esta demostración, tanto el gobierno estatal como federal desean probar formas nuevas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguros de salud destinado a:

- Personas de 65 años o más.
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- Personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es un programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- Qué se considera como ingresos y recursos.
- Quién reúne los requisitos.
- Qué servicios se cubren, **y**
- El costo de los servicios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Los estados pueden decidir sobre cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y el estado de Illinois deben aprobar Aetna Better Health Premier Plan MMAI cada año. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Illinois aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora, recibirá todos los servicios de Medicare y Medicaid por parte de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, incluidos los medicamentos con receta. **No debe pagar un monto adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Aetna Better Health Premier Plan MMAI ayudará a que los beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención que usted ayudó a conformar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud, que están para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un administrador de casos. Esta es una persona que trabaja con usted, con Aetna Better Health Premier Plan MMAI y con sus proveedores de atención para garantizar que reciba la atención que necesita.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su administrador de casos.
- El equipo de atención y el administrador de casos trabajarán con usted para encontrar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de atención se asegurará de que se compartan los resultados de sus exámenes con todos sus médicos y otros proveedores.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois:

Condados del noroeste de la Región 1: Boone, Bureau, Carroll, DeKalb, Fulton, Henderson, Henry, Jo Daviess, Knox, La Salle, Lee, Marshall, Mercer, Ogle, Peoria, Putnam, Rock Island, Stark, Stephenson, Tazewell, Warren, Whiteside, Winnebago, Woodford

Condados centrales de la Región 2: Adams, Brown, Calhoun, Cass, Champaign, Christian, Clark, Coles, Cumberland, DeWitt, Douglas, Edgar, Ford, Greene, Hancock, Iroquois, Jersey, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Mason, McDonough, McLean, Menard, Montgomery, Morgan, Moultrie, Piatt, Pike, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, Vermilion

Condados del sur de la Región 3: Alexander, Bond, Clay, Clinton, Crawford, Edwards, Effingham, Fayette, Franklin, Gallatin, Hamilton, Hardin, Jackson, Jasper, Jefferson, Johnson, Lawrence, Madison, Marion, Massac, Monroe, Perry, Pope, Pulaski, Randolph, Richland, Saline, St. Clair, Union, Wabash, Washington, Wayne, White, Williamson

Condado de Cook de la Región 4

Condados de la Región 5: DuPage, Grundy, Kane, Kankakee, Kendall, Lake, McHenry, Will

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan

Usted es elegible para el plan siempre y cuando:

- viva en el área de servicio, **y**
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare; **y**
- sea elegible para Medicaid; **y**
- sea un ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en dicho país, **y**
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- esté inscrito en el programa de Ayuda de Medicaid para personas mayores, ciegos y discapacitados, **y**
- cumpla con todos los demás criterios de demostración y se encuentre entre una de las siguientes exenciones 1915(c) de Medicaid:



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

- Personas de edad avanzada
- Personas con discapacidades
- Personas con VIH/SIDA
- Personas con una lesión cerebral ◦
- Personas que residan en centros de vida asistida

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud durante los primeros 90 días.

Un miembro de nuestro equipo de administración de casos se comunicará con usted para conversar sobre su salud y los servicios que necesita, antes de que estos comiencen o en un plazo de 90 días después de que se inscriba en Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Le hará algunas preguntas para identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. Trabjará con usted, sus proveedores, su familia y la persona que elija para desarrollar un plan, a fin de coordinar todas sus necesidades de atención y de servicios y de ayudarlo a transitar por el sistema de atención médica sin problemas.

Su equipo de administración de casos lo ayudará a comprender mejor sus necesidades de atención médica. Si lo desea, también puede ayudar a su familia o sus cuidadores. Lo apoyarán trabajando con sus proveedores y cuidadores (si corresponde) para cumplir los objetivos de atención médica que sean importantes para usted.

Si esta es la primera vez que se inscribe en un plan de Medicare y Medicaid, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 180 días. **Si se cambió a Aetna Better Health Premier Plan MMAI tras cancelar su membresía en un plan de Medicare y Medicaid** diferente, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Hay circunstancias especiales en las que puede consultar a sus médicos durante más tiempo. Llame a su administrador de casos asignado o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para obtener más información.

Después de que el equipo de administración de casos se comunique con usted, podrá ayudarlo a coordinar su atención y sus servicios por completo. A su vez, usted deberá consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener atención, consulte el Capítulo 3.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que determina qué servicios médicos, de salud conductual, de apoyos a largo plazo, sociales y funcionales recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la evaluación de riesgos para la salud, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios necesita y desea. En conjunto, usted y su equipo de atención desarrollarán su plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención si los servicios que necesita y desea cambian.

Si está recibiendo servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, también tendrá un plan de servicios. El plan de servicios detalla los servicios que recibirá y con qué frecuencia. El plan de servicios formará parte de su plan de atención general.

H. Prima mensual de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Aetna Better Health Premier Plan MMAI no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si piensa que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para obtener información acerca de cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Manual para miembros* en **AetnaBetterHealth.com/Illinois** o descargarlo de este sitio web.

El contrato está en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health Premier Plan MMAI, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

J. Otra información que le enviaremos

Ya debería haber recibido una identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI y la información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo y los medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta para que tenga una idea de cómo será la suya:

<p>Aetna Better HealthSM Premier Plan MMAI</p> <p>Member name: Member ID: Medicaid ID: Effective date:</p> <p>PCP name: PCP phone:</p> <p>H2506 001</p>   <p>RxBIN 610591 RxPCN MEDDADV RxGRP RX8815</p>	<p>In case of emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <table border="0"> <tr> <td>Member Services:</td> <td>1-866-600-2139 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Behavioral Health:</td> <td>1-866-600-2139</td> </tr> <tr> <td>Pharmacy Help Desk:</td> <td>1-866-600-2139</td> </tr> <tr> <td>Dental Services:</td> <td>1-866-600-2139</td> </tr> <tr> <td>Transportation Services:</td> <td>1-888-513-1612</td> </tr> <tr> <td>Vision Services:</td> <td>1-866-600-2139</td> </tr> <tr> <td>24-Hour Nurse Advice:</td> <td>1-866-600-2139</td> </tr> </table> <p>Website: aetnabetterhealth.com/illinois</p> <p>Send Claims To: Aetna Better Health PO Box xxxxx Phoenix, AZ 85082-6545</p> <p>Payer ID: 26337</p>	Member Services:	1-866-600-2139 (TTY: 711)	Behavioral Health:	1-866-600-2139	Pharmacy Help Desk:	1-866-600-2139	Dental Services:	1-866-600-2139	Transportation Services:	1-888-513-1612	Vision Services:	1-866-600-2139	24-Hour Nurse Advice:	1-866-600-2139
Member Services:	1-866-600-2139 (TTY: 711)														
Behavioral Health:	1-866-600-2139														
Pharmacy Help Desk:	1-866-600-2139														
Dental Services:	1-866-600-2139														
Transportation Services:	1-888-513-1612														
Vision Services:	1-866-600-2139														
24-Hour Nurse Advice:	1-866-600-2139														

Si su identificación se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medicaid para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si presenta la tarjeta de Medicare en lugar de la identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, es posible que el proveedor le facture a Medicare (y no a nuestro plan) y que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 40).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Illinois** o descargarlo de este sitio web.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

El *Directorio de proveedores y farmacias* le brinda información sobre cómo obtener atención y enumera los profesionales de salud (como médicos, profesionales en enfermería y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como los proveedores de atención médica diurna para adultos y de atención médica en el hogar) que usted puede consultar como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta.

Definición de proveedores de la red

- Entre los proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan MMAI se incluyen los siguientes:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de salud que puede consultar como miembro de nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan, **y**
 - Agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan productos y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto en caso de una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que el plan lo ayude a pagarlos.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Illinois** o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web de Aetna Better Health Premier Plan MMAI pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamento con receta está cubierto por Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información sobre estas normas y restricciones, consulte el Capítulo 5.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a una copia de la *Lista de medicamentos cubiertos*, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

En la EOB se le explica el monto total que usted o las personas en su nombre han gastado en los medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento con receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre la EOB y cómo le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

La EOB también se encuentra disponible a pedido. Para obtener una copia, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

K. Cómo mantener actualizado su perfil de inscrito

Para mantener actualizado su perfil de inscrito, infórmenos si sus datos cambian.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su perfil de inscrito para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o la cobertura de compensación laboral.
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hogar de convalecencia o un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o cualquier otra persona responsable por usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquier información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su perfil de inscrito puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes nos obligan a mantener la privacidad de sus registros médicos y la PHI. Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que le pueden ayudar a responder sus preguntas sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su administrador de casos y otros que pueden defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI	22
A1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros	22
B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos	25
B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos	26
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	27
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	28
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP)	29
E1. Cuándo ponerse en contacto con el SHIP	29
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	30
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta	30
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	31
H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid	32
I. Cómo ponerse en contacto con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois	32
J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois	33
K. Otros recursos	33



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

LLAME AL	1-866-600-2139. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan MMAI Attn: Member Services Department 7400 West Campus Road, Mail Code: F494 New Albany, OH 43054
CORREO ELECTRÓNICO	AetnaBetterHealthIL-MemberServices@AETNA.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Illinois

A1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; ◐
 - o bien, el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura de la atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Reclamos sobre su atención médica
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o que no pertenezca a la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su reclamo es por una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, ●
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos con receta de Medicaid y a los medicamentos de venta libre de Medicaid.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden enviarnos su solicitud de apelación por escrito o pueden llamarnos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Los medicamentos de Medicaid figuran como medicamentos de Nivel 3 en la *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Reclamos sobre sus medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su reclamo es por una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de casos

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, se le asignará un administrador de casos cuando se inscriba. Su administrador de casos será asignado según el lugar donde viva.

Su administrador de casos trabaja con usted y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Su administrador de casos le proporcionará su número de teléfono y dirección de correo electrónico para que pueda contactarlo. También puede comunicarse con su administrador de casos llamando a nuestra línea de administración de casos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Es importante que tenga una buena relación con su administrador de casos. Si quiere cambiar de administrador de casos, llame a la línea de administración de casos.

LLAME AL	1-866-600-2139. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan MMAI 7400 West Campus Rd. New Albany, OH 43054
CORREO ELECTRÓNICO	AetnaBetterHealthIL-MemberServices@AETNA.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Illinois



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B1. Cuándo ponerse en contacto con su administrador de casos

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Si su proveedor o administrador de casos consideran que puede ser elegible para recibir atención a largo plazo o servicios y apoyos adicionales para que permanezca en su hogar, lo remitirán a una agencia que decidirá si es elegible para esos servicios.

A veces, puede recibir ayuda con su atención médica y sus necesidades de vida diarias. Es posible que usted reciba estos servicios:

- Atención de enfermería especializada
- Asistente personal
- Persona para tareas domésticas
- Atención diurna para adultos
- Sistema de respuesta ante emergencias en el hogar
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Atención médica a domicilio



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

Aetna Better Health Premier Plan MMAI tiene una Línea de enfermería disponible para ayudar a responder sus preguntas médicas, brindarle consejos sobre sus opciones de tratamiento y confirmar la inscripción. La Línea de enfermería no toma el lugar de su proveedor de atención primaria, pero se encuentra disponible para responder preguntas relacionadas con la salud. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por enfermeros certificados.

LLAME AL	1-866-600-2139. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

- Preguntas sobre su atención médica

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

Aetna Better Health Premier Plan MMAI está disponible para recibir y responder las necesidades de salud conductual de los miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudar a los miembros a acceder a servicios de salud conductual de urgencia o emergencia.

LLAME AL	1-866-600-2139. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Si tiene una crisis de salud conductual, llame al número gratuito de la Línea de crisis de salud conductual al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Algunos síntomas de una crisis de salud conductual son los siguientes:
 - Desesperanza
 - Sensación de que no hay salida
 - Ansiedad
 - Agitación
 - Insomnio
 - Sensación de que no hay razón para vivir
 - Rabia o enojo
 - Participación en actividades riesgosas sin pensarlo
 - Aumento en el abuso del alcohol o las drogas
 - Alejamiento de la familia o los amigos



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP)

El Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. El SHIP no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

E1. Cuándo ponerse en contacto con el SHIP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
 - Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones del plan;
 - responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan;
 - presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento; **y**
 - solucionar problemas con las facturas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta. Esta es un grupo de médicos y otros profesionales de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no tiene ninguna relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta

- Preguntas sobre su atención médica
 - Puede presentar un reclamo sobre la atención que recibió si sucede lo siguiente:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención.
 - Cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto. **O bien,**
 - Considera que los servicios de atención médica a domicilio en centros de atención de enfermería especializada o en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica, centros de diálisis, centros de rehabilitación y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para solicitar lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid

Medicaid ayuda con los costos de servicios y apoyos médicos y a largo plazo a personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad de Medicaid, llame a la Línea de ayuda para clientes del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

LLAME AL	1-800-843-6154, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-866-324-5553, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.WebBits@illinois.gov
SITIO WEB	www.dhs.state.il.us

I. Cómo ponerse en contacto con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois

La Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL	1-800-226-0768, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 04:30 p.m. La llamada es gratuita.
SITIO WEB	www.hfs.illinois.gov Este es el sitio web oficial de Medicaid. Le proporciona información actualizada sobre Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois

El Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. También puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. El Programa del defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 08:30 a.m. a 05:00 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Home Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
CORREO ELECTRÓNICO	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx

K. Otros recursos

Nos importa su seguridad, su salud y su bienestar. Es importante reconocer los signos de abuso, negligencia y explotación, y también denunciarlos. Esto le permitirá permanecer seguro y obtener la atención que necesita.

El **abuso** puede presentarse de muchas maneras, como las siguientes:

- **Abuso físico:** uso no accidental de la fuerza que ocasiona lesiones corporales, dolor o deterioro. Incluye, entre otros, sufrir bofetadas, quemaduras, cortes, o moretones, o estar físicamente restringido de manera indebida.
- **Abuso verbal o emocional:** incluye, entre otros, insultos, intimidación, gritos y groserías. También puede incluir burlas, coerción y amenazas.
- **Abuso sexual:** todo comportamiento sexual o contacto físico íntimo que tiene lugar sin su permiso.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- **Abuso financiero:** sucede cuando alguien usa su dinero sin su consentimiento. Esto incluye el uso indebido de una tutela o un poder.
- **Negligencia:** tiene lugar cuando alguien no satisface sus necesidades básicas para la vida o se niega a hacerlo. Incluye alimento, vestimenta, vivienda o atención médica.
- **Explotación:** el uso indebido o la denegación de los bienes y recursos (pertenencias y dinero) de un miembro. Esto incluye, entre otros, el uso indebido de pertenencias o recursos de la presunta víctima por mala influencia, violación de una relación financiera, fraude, engaño, extorción o alguna otra manera contraria a la ley.

Si es o cree que es víctima de abuso, negligencia o explotación, llame al número correspondiente a continuación para denunciar, evitar o detener el abuso, la negligencia o la explotación.

Para presentar denuncias con respecto a miembros de entre 18 y 59 años, que son adultos discapacitados y viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA) de Illinois.	1-866-800-1409 1-888-206-1327 (TTY)
Para presentar denuncias con respecto a miembros mayores de 60 años que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services Unit) del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (Department on Aging, DoA) de Illinois.	1-866-800-1409 1-888-206-1327 (TTY)
Para presentar denuncias con respecto a miembros que se encuentran en centros de atención de enfermería, llame a la Línea directa de reclamos de hogares de convalecencia del Departamento de Salud Pública.	1-800-252-4343
Para presentar denuncias con respecto a miembros que se encuentran en centros de vida asistida, llame a la Línea directa de reclamos de centros de vida asistida.	1-800-226-0768
Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de casos en cualquier momento para denunciar abuso, negligencia y explotación. Puede comunicarse con nosotros durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	1-866-600-2139 (TTY: 711)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios de inscripciones para clientes de Illinois

Los Servicios de inscripciones para clientes de Illinois están disponibles para ayudarlo a comparar planes, encontrar un proveedor e inscribirse en un plan de salud.

LLAME AL	1-877-912-8880 De lunes a viernes de 08:00 a. m. a 06:00 p. m.
TTY	1-866-565-8576
CORREO ELECTRÓNICO	hfs.webmaster@illinois.gov
SITIO WEB	https://enrollhfs.illinois.gov/

Agencia sobre el Envejecimiento

La Agencia sobre el Envejecimiento sirve de enlace entre los programas y servicios de envejecimiento locales, estatales y nacionales. Puede ayudar a conectar una red amplia de proveedores de personas mayores con las personas que los necesitan. Trabaja para brindarles a las personas mayores que están en riesgo la oportunidad de permanecer en el hogar con dignidad y seguridad. La agencia asesora y colabora con las comunidades para preparar a las personas mayores y sus familias para el envejecimiento.

LLAME AL	1-815-939-0727
ESCRIBA A	Northeastern Illinois Agency on Aging P.O. Box 809 Kankakee, IL 60901
CORREO ELECTRÓNICO	info@ageguide.org
SITIO WEB	www.ageguide.org



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Age Options

Age Options es una organización sin fines de lucro que conecta a los adultos mayores y las personas que los cuidan con opciones de recursos y servicios para que puedan llevar una vida plena.

LLAME AL	1-800-699-9043
TTY	1-708-524-1653
ESCRIBA A	Age Options 1048 Lake Street, Suite 300 Oak Park, IL 60301-1102
CORREO ELECTRÓNICO	information@ageoptions.org
SITIO WEB	www.ageoptions.org

Access Living

Access Living es un agente de cambios, dedicado a fomentar una sociedad inclusiva que les permita a los residentes de Chicago con discapacidades llevar una vida autónoma con plena participación. El personal y los voluntarios combinan conocimiento y experiencia personal para ofrecer programas y servicios que preparan a las personas con discapacidades para defenderse.

LLAME AL	1-312-640-2100
TTY	1-312-640-2102
ESCRIBA A	Access Living 115 West Chicago Avenue Chicago, IL 60654
SITIO WEB	www.accessliving.org



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene condiciones y normas específicas que debe saber para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos con Aetna Better Health Premier Plan MMAI. También le informa acerca de su administrador de casos, cómo obtener atención de otros tipos diferentes de proveedores y en circunstancias especiales (incluidos proveedores y farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para ser el propietario de equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), cubiertos por el plan	39
C. Información acerca de su administrador de casos	41
C1. ¿Qué es un administrador de casos?	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de casos	41
C3. Cómo puede cambiar su administrador de casos	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red deja de participar en el plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	44
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	45
G. Cómo obtener servicios de transporte	46



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

H. Cómo obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	46
H1. Atención ante una emergencia médica	46
H2. Atención de urgencia	48
H3. Atención durante un desastre.....	48
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan.....	49
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan	49
J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	50
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	50
J2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica.....	50
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	51
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
K2. Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
L. Equipos médicos duraderos (DME).....	52
L1. Beneficios de DME como miembro de nuestro plan.....	52
L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	52
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	53
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	54



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los que paga el plan. Los servicios de atención médica y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, enfermeros, especialistas y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, normalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), cubiertos por el plan

Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre todos los servicios que cubren Medicare y Medicaid. Entre ellos se incluyen los servicios de atención médica, salud conductual, y los servicios y apoyos a largo plazo.

Por lo general, Aetna Better Health Premier Plan MMAI pagará la atención médica y los servicios que usted reciba si sigue las normas del plan. Para tener cobertura de nuestro plan, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que usted necesita estos servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios, de otra manera, según las normas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya indicado que consulte a otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 211.
- No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener la remisión de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 46.
- Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 42.
- **NOTA:** Si esta es la primera vez que se inscribe en un plan de Medicare y Medicaid, puede seguir consultando a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días en nuestro plan, sin cargo, si no forman parte de nuestra red. Si se cambió a Aetna Better Health Premier Plan MMAI y canceló su membresía en un plan de Medicare y Medicaid diferente, puede seguir consultando a sus proveedores actuales durante los primeros 90 días con nuestro plan, sin cargo, si no forman parte de nuestra red. Durante el período de transición, nuestro administrador de casos se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores de nuestra red. Luego de ese período, no cubriremos su atención si sigue consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención por parte de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información o conocer qué significan los términos “atención de emergencia” o “atención de urgencia”, consulte la Sección H en la página 46.
 - Si necesita una clase de atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos la atención sin costo alguno para usted. A fin de conocer cómo puede obtener la aprobación para recibir atención de un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D en la página 42.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir consultando a sus proveedores actuales durante 180 días desde la fecha de elegibilidad durante el período de continuidad de la atención y 90 días para los miembros que vienen de otro plan de MMAI. Esto les permite a los miembros consultar a los proveedores existentes sobre afecciones de salud agudas y crónicas para no interrumpir su atención. Comuníquese con su administrador de casos si necesita consideraciones adicionales.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

C. Información acerca de su administrador de casos

C1. Definición de un administrador de casos

Un administrador de casos de Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un enfermero, un trabajador social u otro profesional de salud. Un administrador de casos trabaja con un miembro para coordinar su atención y ayudarlo a obtener los servicios cubiertos y otros servicios especiales que necesite. Por ejemplo, si un miembro tiene una discapacidad, el administrador de casos puede ayudar a proporcionarle el acceso al equipo que puede necesitar, como una silla de ruedas, un andador o un tanque de oxígeno. Un administrador de casos también puede ayudar a coordinar los servicios especiales, como entregas de suministros médicos o los servicios de los cuidadores.

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de casos

Si desea hablar con su administrador de casos, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de casos

Si necesita cambiar su administrador de casos, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y administre su atención.

Definición de “PCP”, lo que hace un PCP por usted

- ¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, enfermero o clínica de la red de Aetna Better Health Premier Plan MMAI que brinda atención médica primaria.

- ¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP para los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI: médicos de cabecera, internistas, médicos familiares, proveedores de atención médica de la mujer, centros de salud con calificación federal (FQHC), profesionales en enfermería que trabajan con médicos y especialistas. En algunos casos es posible que pueda elegir un PCP especialista si está embarazada, tiene una afección de salud crónica, tiene una discapacidad o si tiene necesidades de atención médica especiales. Usted o sus proveedores pueden solicitar que un especialista sea su PCP en cualquier momento. Si lo solicita, se comunicarán con usted para determinar si necesita que un especialista sea su PCP. El director médico de Aetna Better Health Premier Plan MMAI aprobará o rechazará la solicitud después de determinar si cumple con los criterios y si el especialista que ha solicitado quiere actuar como su PCP.

- El rol de un PCP

Su proveedor de atención primaria (PCP) es uno de sus socios de salud que se centra en su salud en general. Su PCP se asegura de que se realice las pruebas de detección y evaluaciones de riesgo recomendadas.

- El rol del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos

Es posible que haya momentos en que tenga un problema de salud que no pueda ser tratado solo por su PCP. A veces, es posible que necesite recibir atención especializada o consultar a un especialista. Su PCP trabajará con usted y su equipo de atención para que reciba servicios especiales o consulte a un especialista. Si es necesario, su equipo de atención o su PCP solicitarán una autorización previa antes de brindar el servicio.

Su elección del PCP

Es fácil elegir a un PCP. Puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois** o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para consultar si el PCP nuevo acepta pacientes nuevos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Opción de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el nuevo que tiene ahora abandona nuestra red.

Es fácil cambiar de PCP. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para consultar si el PCP nuevo acepta pacientes nuevos. El cambio entrará en vigencia de inmediato después de recibir la solicitud. Si su PCP abandona la red, su administrador de casos lo llamará para explicarle los próximos pasos.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su proveedor de atención primaria (PCP) puede decidir que su problema de salud requiere que consulte a otro proveedor para recibir atención especializada o que consulte a un especialista. En este caso, su PCP puede remitirlo a ese proveedor.

Los proveedores de Aetna Better Health Premier Health Plan MMAI son responsables de obtener la autorización para los servicios, cuando sea necesario. Los servicios que requieren autorización previa se detallan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Cuando se requiere autorización previa, los proveedores se comunican con Aetna Better Health Premier Plan MMAI y explican los servicios que se necesitan. Luego, el personal médico revisa la información para decidir si el servicio puede aprobarse. Si se aprueba el servicio, le enviaremos una carta a usted y a su proveedor. Si no se aprueba, les enviaremos una carta a usted y al proveedor. Esto se denomina carta de Aviso de acción y explica la decisión.

Usted y su proveedor pueden obtener una copia de las razones médicas utilizadas para tomar la decisión. Si está en desacuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Tomamos las decisiones solo en función de la relevancia de la atención y la cobertura de los servicios y beneficios. No recompensamos al personal por emitir denegaciones de cobertura. Además, no hay incentivos financieros para quienes toman las decisiones clínicas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

D3. Qué hacer cuando un proveedor de la red deja de participar en el plan

Un proveedor de la red que utiliza puede dejar el plan.

- Si un proveedor de la red que usted utiliza deja de participar en el plan, le notificaremos por escrito con las instrucciones para seleccionar a otro proveedor. Si el proveedor que deja el plan es su PCP y usted no elige un proveedor nuevo, elegiremos uno por usted y le enviaremos una tarjeta nueva de identificación.
- Si su proveedor deja la red del plan, le otorgaremos un período de transición de 90 días desde la fecha del aviso si está con un tratamiento en curso o está en el tercer trimestre de embarazo, que incluye la atención posparto.

Si uno de los proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso con al menos 60 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar que continúe recibiendo el tratamiento que necesita.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Para obtener asistencia, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

D4. Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si su proveedor no se encuentra actualmente en la red de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, puede informárnoslo. Es posible que nos comuniquemos con el proveedor para averiguar si desea unirse a nuestra red. El proveedor puede unirse a la red o no. En una emergencia, los proveedores y hospitales fuera de la red son servicios cubiertos. Los proveedores fuera de la red son responsables de obtener una autorización previa. Si un proveedor dentro de la red no está disponible para un servicio específico, se puede consultar a un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red igual deberá obtener la autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como proveedor de Medicaid de Illinois para poder recibir el pago de los servicios de Medicaid que le proporcione.

E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Cuando recibe servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) le asignamos un administrador de casos. Recibirá servicios de administración de casos mientras esté inscrito en el programa de LTSS. Su administrador de casos trabajará con usted, su tutor/representante y su médico para ayudarlo a decidir qué servicios responderán mejor a sus necesidades. El administrador de casos de los LTSS lo visitará en su hogar y lo ayudará a evaluar sus necesidades. Siempre se alienta a que su familia y cualquier otra persona que usted quiera que participe ayuden con la evaluación.

En su primera consulta, su administrador de casos le entregará una carta de bienvenida y una tarjeta de presentación con su nombre y número de teléfono. Si no puede encontrar esta información, llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede pedir hablar con su administrador de casos o solicitar su número de teléfono laboral para poder llamarlo directamente.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI pueden obtener servicios para problemas de salud conductual y abuso de sustancias a través de la red de proveedores. No necesita una remisión para consultar a un proveedor de salud conductual que pertenezca a nuestra red.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para obtener más información sobre los servicios de salud conductual. Si tiene una crisis de salud conductual, llame a la Línea de crisis al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

El transporte de emergencia solo debe ser para situaciones de emergencia.

Transporte que no sea de emergencia

Si necesita traslado a su consulta de atención médica o a lugares aprobadas por el plan, llame a MTM, nuestro proveedor de transporte, al 1-888-513-1612 para coordinar el transporte. Para programar un traslado, puede llamar de lunes a sábado, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al menos 3 días antes de su cita confirmada.

Si necesita que un miembro de su familia o un asistente personal lo acompañen a la cita, podrá hacerlo sin costo alguno para usted. Debe notificarle a MTM que habrá un acompañante adicional para asegurarse de que haya espacio disponible. Si necesita cancelar o volver a programar su transporte por cualquier motivo, asegúrese de llamar o cancelar lo antes posible.

H. Cómo obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

H1. Atención ante una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica que tiene síntomas como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
- un grave deterioro de las funciones corporales; **o**
- una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; **o bien,**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando sucede lo siguiente:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o la de su feto.

Qué hacer en el caso de una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. El número de teléfono al que debe llamar aparece en el reverso de su tarjeta de identificación y es **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Además, se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Usted puede obtener atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan cubre dicho servicio. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan atención de emergencia. Estos médicos nos informarán cuando finalice la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que otros proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto sea posible.

Qué hacer en el caso de una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, acuda a su sala de emergencias más cercana. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, nuestro plan cubre dicho servicio. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Cómo obtener atención de emergencia si no se trata de una emergencia

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia médica. Cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si sucede lo siguiente:

- Acude a un proveedor de la red. **O bien,**
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente la sección).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

H2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia se refiere a la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente y que necesite que se la traten.

Atención de urgencia cuando usted se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia *solo* si ocurre lo siguiente:

- usted recibe esta atención por parte de un proveedor de la red, **y**
- sigue las otras normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede consultar a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Le recomendamos que solicite ayuda a su proveedor (su PCP) de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. PERO puede acudir al hospital, centro de atención de urgencia, médico o clínica más cercanos para recibir atención de emergencia. No necesita una remisión para la atención de emergencia. Llame al 911 o a la policía o al departamento de bomberos locales en caso de emergencias médicas.

Si está enfermo, herido o tiene una afección de salud que no es de emergencia, debe llamar a su PCP de día o de noche. También puede hablar con el personal de enfermería llamando al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si tiene una necesidad urgente, su PCP o el proveedor de guardia le indicará qué hacer. Cuando el consultorio está cerrado, el personal que atiende después del horario de atención le brindará su información a su médico o al médico de guardia. Estos harán un seguimiento para indicarle qué hacer a continuación. Nuevamente, esto no es para emergencias. Llame siempre al 911 para casos de emergencia.

Atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención que no sea de emergencia si la recibe fuera de los Estados Unidos.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención por parte de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviársela al plan, usted puede solicitarnos que la paguemos.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle ese importe.

Si pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.

II. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan

Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que figuren en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4); **y**
- que usted obtiene al seguir las normas del plan.

Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos algún tipo de servicio o atención médicos, tiene derecho a preguntarnos. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, se explica qué hacer si quiere solicitarle al plan que cubra un producto o servicio médico. También le informa cómo apelar una decisión de cobertura del plan. Asimismo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que ayuden en el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si cumple con los requisitos para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nuestra parte o de su proveedor de atención primaria. No es necesario que los proveedores que le brinden la atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de casos deben ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos al respecto.

J2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos por el estudio, sino que Medicare pagará por ellos, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico que “no esté exceptuado” corresponde a la atención que es *voluntaria* y que *no es obligatoria* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención que *no* se considera voluntaria y que *es obligatoria* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Este beneficio puede tener cobertura ilimitada. Los miembros deben cumplir ciertos criterios para reunir los requisitos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

L. Equipos médicos duraderos (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

DME se refiere a ciertos productos solicitados por un proveedor para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos productos, como los dispositivos protésicos.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, no se volverá propietario del equipo alquilado, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

Aunque haya tenido un equipo médico duradero por hasta 12 meses consecutivos en Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, usted no será propietario del equipo.

En Medicare las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses.

L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de convertirse en propietarias.

NOTA: Puede encontrar las definiciones de Original Medicare y los planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información sobre estos en el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá abonar 13 pagos consecutivos según Original Medicare o deberá abonar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage para convertirse en el propietario del producto de DME si cumple con lo siguiente:

- no se había convertido en el propietario del producto de DME mientras estaba en nuestro plan; **y**



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

- si deja nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare a través de Original Medicare en lugar de un plan de salud.

Si realizó pagos por el producto de DME en Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan Medicare Advantage no se computan en los 13 pagos que debe abonar después de dejar el plan.**

- Deberá abonar 13 nuevos pagos consecutivos según Original Medicare o la cantidad de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage para convertirse en el propietario del producto de DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Los equipos de oxígeno deben devolverse al propietario cuando ya no sean médicamente necesarios para usted o si abandona nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando médicamente se necesitan equipos de oxígeno y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquilará a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales del alquiler cubren equipos de oxígeno y los suministros y servicios arriba mencionados.

Si médicamente necesita equipos de oxígeno **luego de alquilarlo por 36 meses:**

- Su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- Su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno y suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si aún son médicamente necesarios los equipos de oxígeno **luego del período de 5 años:**

- Su proveedor ya no debe proveerlo y usted puede elegir solicitar equipos de reemplazo a cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Alquilará de un proveedor por 36 meses.
- Luego, su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años mientras que los equipos de oxígeno sean médicamente necesarios.

Cuando médicamente se necesitan equipos de oxígeno y **usted abandona nuestro plan y se cambia al plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede consultar qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan de Medicare Advantage y qué costará.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	55
A1. Durante las emergencias de salud pública.....	55
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios	56
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan	56
D. Tabla de beneficios	57
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan MMAI	99
E1. Atención en un hospicio.....	99
F. Servicios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI, Medicare o Medicaid	100

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se le indica qué servicios cubre Aetna Better Health Premier Plan MMAI. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de casos al **1-866-600-2139**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

A1. Durante las emergencias de salud pública

Aetna Better Health Premier Plan debe flexibilizar las restricciones de su atención médica durante una emergencia de salud pública declarada o de la atención de quienes viven en un área de emergencia. Estos cambios en las restricciones están disponibles solo durante la emergencia declarada. Esto significa que puede surtir sus recetas en cualquier farmacia y que las autorizaciones previas quedan exentas en parte o en su totalidad. En tales casos de emergencias, puede visitar el sitio web **AetnaBetterHealth.com/Illinois** para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Aetna Better Health Premier Plan MMAI le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si recibe una, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D describe los servicios que paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Está dividida en dos secciones, los servicios generales que se ofrecen a todos los inscritos, y los servicios basados en el hogar y la comunidad que se ofrecen a los inscritos que reúnen los requisitos a través de un programa de exención basado en el hogar y la comunidad.

Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita estos servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios, de otra manera, según las normas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios con una nota al pie. Además, primero debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se encuentran en la Tabla de beneficios:
 - Servicios de sangre
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

D. Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan cubrirá una ecografía de detección solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la región lumbar</p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas en un plazo de 90 días si tiene dolor crónico en la región lumbar, el cual se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (que no tenga una causa sistemática que se pueda identificar, tal como que no se relacione con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); • no se relaciona con cirugías y • no está relacionado con el embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted demuestra una mejora. Es posible que no obtenga más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura si no mejora o si empeora.</p>	\$0
<p> Prueba de detección y asesoramiento de abuso de alcohol</p> <p>El plan cubrirá una sola prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusen del alcohol pero que no tengan una dependencia. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, el plan cubre hasta cuatro sesiones de asesoramiento, personales y breves, cada año (si se muestra capaz y está alerta durante el asesoramiento) con un profesional o proveedor de atención primaria calificado, en un centro de atención primaria.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud.</p>	\$0
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener un control anual. Esto es para desarrollar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. El plan lo cubrirá una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No necesita haber tenido primero una consulta “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o padecer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más seguido si son médicamente necesarios. El plan también pagará para que un médico examine y emita su opinión sobre los resultados.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca <i>intensivos</i>, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan cubre una consulta por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el uso de la aspirina. • Controlar la presión arterial. O bien, • brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
<p> Análisis de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan cubre los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Se pueden cubrir análisis adicionales si su proveedor de atención primaria lo considera médicamente necesario.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficios de teléfonos celulares</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI que estén interesados en Lifeline, el programa federal gratuito de teléfonos celulares, reciben el sitio web y el número de teléfono de nuestro proveedor de Lifeline contratado, y una solicitud para completar a fin de determinar si reúnen los requisitos. El proveedor le notifica a Aetna Better Health Premier Plan MMAI sobre aquellos miembros que están aprobados y participan del programa.</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos luego son elegibles para recibir un teléfono inteligente con minutos de voz, mensajes de texto ilimitados, datos, buzón de voz, llamada de espera, identificador de llamadas y acceso al 911. Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI reciben llamadas gratuitas e ilimitadas al número sin costo del Departamento de Servicios para Miembros del plan, que ha sido clasificado como cero para que estas llamadas no apliquen a la asignación mensual de minutos y, según corresponda, mensajes de texto gratuitos relacionados con la salud y mensajes de texto gratuitos por parte del plan.</p> <p>Antes de realizar la solicitud, si tiene preguntas, llame a su administrador de casos o al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses 	\$0
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan cubre ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años • Colonoscopia de detección <ul style="list-style-type: none"> ◦ Para las personas que corren un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopia de detección (o enema de bario de detección) cada 24 meses. ◦ Para las personas que no están en riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan cubrirá una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección). <p>Se pueden cubrir pruebas de detección adicionales si su proveedor de atención primaria lo considera médicamente necesario.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos tentativas de asesoramiento para dejar de consumir en 12 meses, como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos tentativas de asesoramiento para dejar de consumir en 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y está embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá tres tentativas de asesoramiento para dejar de consumir en 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Además, el plan cubrirá hasta 42 sesiones de asesoramiento por año sin autorización previa.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios dentales:</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 serie de radiografías dentales cada 6 meses <p>Planes dentales integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes limitados e integrales • Restauraciones • Dentaduras postizas • Extracciones • Anestesia • Emergencias dentales • Servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes del nacimiento de su bebé • El plan ofrece un subsidio de \$800 por año para servicios dentales que no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Los miembros deben consultar a proveedores dentales dentro de la red. Los miembros son responsables de cualquier gasto por servicios dentales que supere la asignación dental de \$800. <p>Se requiere autorización previa para los planes dentales integrales.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan cubrirá una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
<p>🍏 Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan cubrirá esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede cumplir con los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un glucómetro ◦ Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre ◦ Dispositivos de punción y lancetas ◦ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, el plan cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario. O bien, ◦ Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles no personalizadas, proporcionadas con dichos zapatos). <p>El plan también cubrirá la adaptación de los zapatos terapéuticos a medida o de los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. <p>Puede requerirse autorización previa.</p> <p>El plan cubre exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes de OneTouch/LifeScan. Los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes fabricados/ofrecidos por cualquier otro fabricante no están cubiertos, excepto por necesidad médica y con autorización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ OneTouch/Lifescan: más de 1 (un) glucómetro por año ◦ One Touch/Lifescan: más de 100 tiras reactivas cada 30 días 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la del feto; o • un grave deterioro de las funciones corporales; o • una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; o bien, • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o la de su feto. <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI están cubiertos solamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se estabilice, puede que deba volver a un hospital de la red para que continuemos pagando su atención. Puede permanecer en un hospital fuera de la red para recibir su atención para pacientes internados si el plan aprueba su estadía.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Al menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. • Suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales indicadas con receta y entregadas en una farmacia. <p>El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada) • Servicios de preservación de la fertilidad • Tratamiento para SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acondicionamiento físico</p> <p>El plan ofrece la membresía de SilverSneakers® a los miembros sin costo adicional. Silver Sneakers es el programa comunitario de acondicionamiento físico líder en el país, diseñado específicamente para adultos mayores, que promueve un mayor compromiso y una gran responsabilidad al proporcionarles a los miembros oportunidades de ejercicio regular (entrenamiento de fuerza, ejercicios aeróbicos y flexibilidad) y de apoyo social.</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a miles de ubicaciones de acondicionamiento físico participantes, el uso de instalaciones básicas (pesas, cintas, piscinas, etc.), clases de acondicionamiento físico, actividades y clases grupales fuera del entorno del gimnasio tradicional (clases FLEX en la comunidad). • Recursos en línea, que incluyen un portal para miembros, clases en vivo, clases a pedido, la aplicación SilverSneakers con recordatorios para moverse y más. • Hay un kit para el hogar o un kit Steps disponibles cada año calendario. 	\$0
<p>Servicios de afirmación de género</p> <p>Para los miembros con diagnóstico de disforia de género, el plan cubre servicios de afirmación de género. Algunos servicios y pruebas de detección están sujetos a requisitos de autorización previa y remisión.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El plan ofrece una amplia variedad de herramientas y programas educativos sobre salud y nutrición disponibles para los miembros, que incluye materiales educativos para los miembros.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios auditivos</p> <p>El plan cubre exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos básicos y avanzados • Asesoramiento sobre audífonos • Evaluación/colocación de audífonos • Audífonos una vez cada tres años • Baterías y accesorios para audífonos • Reparación de audífonos o sustitución de piezas <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección de VIH, o • tienen mayor riesgo de contraer una infección de VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y los deberá proporcionar una agencia de atención médica en el hogar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio a tiempo parcial o de forma intermitente (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará terapias de infusión intravenosa, definidas como medicamentos o sustancias biológicas administradas por vena o aplicadas por debajo de la piel y proporcionadas a usted en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamento o sustancia biológica, tal como un antiviral o inmunoglobina; • equipos, tal como una bomba y • suministros, tales como un trozo de tubo o un catéter. <p>El plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación y educación para miembros no incluidas en los beneficios de DME. • Control remoto y • Servicios de control para proporcionar terapias de infusión intravenosa en el hogar y medicamentos de infusión intravenosa en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapias de infusión intravenosa en el hogar. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté recibiendo los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica en el hogar, que incluye los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio. • Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para controlar los síntomas. • Servicios de asesoramiento. <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health Premier Plan MMAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su administrador de casos para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una única vez) para una persona que tiene una enfermedad terminal y que no eligió el beneficio de hospicio. Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Inmunizaciones</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>El plan cubrirá otras vacunas que cumplan las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, lea el Capítulo 6.</p>	<p>\$0</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • Sangre, se incluye almacenamiento, componentes de la sangre y su administración. • Servicios médicos. • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Aetna Better Health Premier Plan MMAI brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p>Atención médica mental para pacientes internados</p> <p>El plan cubrirá la atención psiquiátrica médicamente necesaria para pacientes internados en instituciones aprobadas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Los servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan cubrirá los servicios que recibe mientras esté en el hospital o en un centro de atención de enfermería. El plan cubrirá los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Análisis de diagnóstico, como análisis de laboratorio • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son los dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ◦ reemplazan de forma total o parcial un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo); o bien, ◦ reemplazan de forma total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona incorrectamente. • Ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, soportes, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la afección del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal y como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 55 y 77 años y • realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 30 años, sin presentar signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficio de comidas</p> <p>El plan ofrece 20 comidas nutricionales con entrega a domicilio después de la hospitalización de un paciente internado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Equipos médicos y suministros relacionados</p> <p>Se cubren los siguientes tipos de servicios y productos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos no duraderos, como vendajes quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, suministros para la incontinencia, suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral. • Equipos médicos duraderos (DME), como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, andadores, camas de hospital que solicita un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), humidificadores, dispositivos generadores del habla y andadores (en el Capítulo 12 de este manual, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”). • Dispositivos ortésicos y protésicos, medias de compresión, dispositivos ortésicos para zapatos, soportes para arco, plantillas. • Equipos y suministros respiratorios, como equipos de oxígeno, equipos de CPAP y BIPAP. • Reparación de equipos médicos duraderos, dispositivos ortésicos y protésicos. • Alquiler de equipos médicos en circunstancias en las que las necesidades del paciente son temporales. <p>Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a aprobación previa o criterios médicos.</p> <p>Pagaremos todos los DME necesarios médicamente que, generalmente, pagan Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También corresponde después de un trasplante de riñón cuando sea solicitado por su médico.</p> <p>El plan cubrirá tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Después, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que reciba más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>🍏 Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a mejorar sus conductas saludables. Brinda capacitación práctica sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios alimenticios a largo plazo, y • Aumento de la actividad física, y • Formas de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable. <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios de un médico, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) y que fueron autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Illinois/formulary</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan. Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte que no sea de emergencia</p> <p>El plan cubrirá el transporte para que usted vaya a sus citas médicas o regrese de estas, si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare • Servicios de transporte en ambulancia que no sea de emergencia • Automóvil de servicio • Taxi <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Línea de enfermería</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI tienen acceso a un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Llame al 1-866-600-2139 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de atención de enfermería (NF) y en centros de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan cubrirá los centros de atención de enfermería especializada (SNF) y centros de atención intermedia (ICF). El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario, mantenimiento y limpieza. • Comidas, incluye comidas especiales, sustitutos alimenticios y suplementos nutricionales. • Servicios de enfermería y supervisión/control de residentes. • Servicios médicos. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Drogas y otros medicamentos disponibles a través de una farmacia sin una receta, indicados por su médico como parte de su plan de atención, incluidos los medicamentos de venta libre y su administración. • Equipos médicos duraderos no personalizados (como sillas de ruedas y andadores). • Productos médicos y quirúrgicos (como vendas, suministros para la administración de oxígeno, suministros y equipos para el cuidado bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes). • Servicios adicionales proporcionados por un centro de atención de enfermería de conformidad con los requisitos estatales y federales. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted se retira del hospital. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Cuando sus ingresos exceden el monto permitido, debe contribuir con el costo de los servicios. Esto se conoce como el monto pagado por el paciente y se requiere si vive en un centro de atención de enfermería. Sin embargo, es posible que no deba pagar un monto todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de atención de enfermería.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por abuso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y, si corresponde, la administración y provisión de estos medicamentos • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Pruebas de laboratorio • Sangre, componentes de la sangre y su administración • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si debe ser ingresado en el hospital como “paciente internado”. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado como “paciente externo”. • Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o un paciente externo en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención médica mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Pruebas de detección y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica mental para pacientes externos</p> <p>El plan cubrirá los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico autorizado por el estado; • un psicólogo clínico; • un trabajador social clínico; • un especialista en enfermería clínica; • un profesional en enfermería; • un auxiliar médico; • un asesor profesional clínico certificado; • centros de salud mental comunitarios (CMHC); • clínicas de salud conductual (BHC); • hospitales; • clínicas con tarifa por consulta, como centros de salud con calificación federal (FQHC); ● • cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos brindados bajo la supervisión de un médico. • Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un profesional autorizado de las artes curativas, como evaluación de salud mental, planificación del tratamiento, intervención en caso de crisis, terapia y administración de casos. • Servicios de tratamiento diurno. • Servicios hospitalarios para pacientes externos, como servicios Tipo A y Tipo B de opción clínica. • Los servicios específicos que puede proporcionar cada uno de los tipos de proveedores mencionados anteriormente y los controles de utilización de estos servicios serán determinados por el plan, de conformidad con las leyes federales y estatales, y todas las políticas o acuerdos vigentes. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en casos de crisis de salud mental para pacientes externos (ampliados)</p> <p>Además de los servicios de intervención en caso crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios ante crisis médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta móvil en caso de crisis (MCR): la MCR es un servicio móvil y de tiempo limitado para la reducción y estabilización de los síntomas en casos de crisis, como también para la restauración al nivel de funcionamiento anterior. <p>Los servicios de la MCR requieren una prueba de detección presencial mediante un instrumento de detección de crisis aprobado por el estado y puede incluir: intervención de corto plazo, planificación de seguridad ante crisis, asesoramiento breve, consulta con otros proveedores calificados y remisión a otros servicios comunitarios de salud mental.</p> <p>Para acceder a los servicios de la MCR, los miembros del plan de salud o las personas preocupadas por estos miembros deben llamar a la línea de admisión de crisis del estado, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). CARES enviará un proveedor local a la ubicación del miembro del plan de salud que se encuentra en crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilización de crisis: Los servicios de estabilización de crisis son apoyos intensivos y de tiempo limitado, que están disponibles hasta 30 días después de un incidente que involucró a la MCR para evitar otras crisis de salud conductual. Los servicios de estabilización de crisis ofrecen apoyo individualizado basado en las fortalezas en el domicilio o la comunidad. <p>El plan de salud cubrirá los servicios de Respuesta móvil en casos de crisis y Estabilización de crisis proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud mental comunitarios con certificación del estado para crisis, o • Clínicas de salud conductual con certificación para crisis del estado. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>El plan cubrirá fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>El plan cubrirá la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Productos de venta libre</p> <p>El plan ofrece un beneficio mensual de \$50 para productos de venta libre (OTC). Los productos deben adquirirse a través del catálogo aprobado de productos de OTC o en ubicaciones que identifican productos elegibles. No es posible acumular los saldos de un mes para otro.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Consultorio de un médico ◦ Centro quirúrgico ambulatorio certificado ◦ Departamento para pacientes externos de un hospital • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos auditivos y de equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que requieren diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ el control no resulta en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Una evaluación de los videos o las imágenes que envió a su médico, como también un análisis y un seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas. ◦ Arreglo de fracturas de la mandíbula o huesos faciales. ◦ Extracción de dientes antes de radioterapias por cáncer neoplásico. O bien ◦ servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico. <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. <p>El plan cubrirá tres (3) consultas adicionales para el cuidado de rutina de los pies por año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>El plan cubrirá un tacto rectal y análisis del antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombres de 50 años y más • Afroamericanos de 40 años y más • Hombres de 40 años y más con antecedentes familiares de cáncer de próstata 	\$0
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. El plan cubrirá los siguientes dispositivos protésicos, y posiblemente otros dispositivos que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías • Marcapasos • Dispositivos ortopédicos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) <p>El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. Además, pagará la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura luego de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener detalles.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan cubrirá programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>El plan cubrirá las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar estas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias</p> <p>El plan cubrirá los servicios de abuso de sustancias proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de abuso de sustancias certificado por el estado, u • Hospitales <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios por abuso de sustancias médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes externos (grupales o individuales), como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica. • Tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) para la dependencia opiode, como la solicitud y administración de metadona, la administración del plan de atención y la coordinación de otros servicios para trastornos por abuso de sustancias. • Servicios intensivos para pacientes externos (grupales o individuales). • Servicios de desintoxicación, y • Algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) asintomática que tienen una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales con el paso del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD, en miembros que padecen de calambres en las piernas debido a una mala circulación de la sangre (claudicación). • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico • Ser brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Se realice bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención brindada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; ● • una enfermedad médica repentina; ● • una lesión; ● • una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando es imposible consultar a un proveedor de la red.</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Atención de la vista</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina anuales. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anteojos (lentes y monturas). ◦ Las monturas se limitan a un par durante 24 meses. • Los lentes se limitan a un par durante 24 meses, pero puede recibir más cuando sean médicamente necesarios y tenga una autorización previa. • Ojos artificiales hechos a medida. • Dispositivos para baja visión. • Lentes de contacto y lentes especiales cuando sean médicamente necesarios, con autorización previa. <p>Para ser elegible para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a aprobación previa o criterios médicos.</p> <p>El plan cubre servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, el plan cubre una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma; • personas con diabetes; • afroamericanos de 50 años y más e • hispanoamericanos de 65 años o más. <p>El plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • Remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicio de día para adultos</p> <p>El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de atención y supervisión directas, si reúne los requisitos. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona atención personal. • Promueve el bienestar social, físico y emocional. 	\$0
<p>Vida asistida</p> <p>Si reúne los requisitos, el centro de vida asistida ofrece una alternativa para la colocación en un centro de atención de enfermería. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia con las actividades de la vida diaria • Servicios de enfermería • Atención personal • Gestión de medicamentos • Hacer las tareas domésticas • Personal de seguridad/respuesta durante las 24 horas 	\$0
<p>Habilitación de día</p> <p>El plan cubre la habilitación diurna, que ayuda a conservar o mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación fuera del hogar, si reúne los requisitos.</p>	\$0
<p>Entrega de comidas a domicilio</p> <p>El plan cubre comidas preparadas entregadas a domicilio, si reúne los requisitos.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Auxiliar de atención médica a domicilio</p> <p>El plan cubre los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero certificado (RN) u otro profesional, si reúne los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de vendajes simples • Asistencia con los medicamentos • Actividades para apoyar las terapias especializadas • Cuidado de rutina de dispositivos ortésicos y protésicos 	\$0
<p>Modificaciones del hogar</p> <p>El plan cubre modificaciones en el hogar si reúne los requisitos. Las modificaciones deben diseñarse para garantizar su salud, seguridad y bienestar, o para brindarle más independencia en el hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rampas • Barandas • Ampliación de las puertas 	\$0
<p>Servicios de personas para tareas domésticas</p> <p>El plan cubre los servicios de atención a domicilio que se proporcionan en el hogar o comunidad si reúne los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un trabajador para ayudarlo con el lavado de la ropa • Un trabajador para ayudarlo con la limpieza • Capacitación para mejorar sus habilidades para vivir en comunidad 	\$0
<p>Servicios de enfermería</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería por turno o en forma intermitente proporcionados por un enfermero certificado (RN) o un enfermero auxiliar diplomado (LPN), si reúne los requisitos.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Servicios basados en el hogar y la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistente personal</p> <p>El plan cubre un asistente personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria, si reúne los requisitos. Estas actividades incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse • Alimentarse • Vestirse • Lavar la ropa 	\$0
<p>Sistema personal de respuesta para emergencias</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico para el hogar que le garantiza que recibirá ayuda en caso de emergencia, si reúne los requisitos.</p>	\$0
<p>Cuidados paliativos</p> <p>El plan cubre servicios de cuidados paliativos para brindarle alivio a un familiar no remunerado o un cuidador primario que satisface todas sus necesidades de servicios, si reúne los requisitos. Se aplican ciertas limitaciones.</p>	\$0
<p>Equipos médicos duraderos y suministros especializados</p> <p>Si reúne los requisitos, el plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad de realizar actividades de la vida diaria o de percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevador Hoyer • Bancos/sillas para la ducha • Elevador para escaleras • Barandas para la cama 	\$0
<p>Terapias</p> <p>El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, si reúne los requisitos. Estas terapias se centran en las necesidades de rehabilitación a largo plazo en vez de centrarse en las necesidades de recuperación aguda a corto plazo.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Los siguientes servicios no están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid.

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por nuestro plan) si usa su tarjeta médica de HFS.

E1. Atención en un hospicio

Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Aetna Better Health Premier Plan MMAI paga mientras usted recibe servicios de atención de hospicio.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:

- El proveedor de los servicios de hospicio le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su pronóstico terminal (excepto en casos de atención de emergencia o atención de urgencia):

- El proveedor le facturará a Medicare los servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health Premier Plan MMAI:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su administrador de casos para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

F. Servicios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI, Medicare o Medicaid

En esta sección se describen los tipos de beneficios excluidos por el plan. El término excluir significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagarán.

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y productos que el plan no cubre en ninguna circunstancia, y algunos otros que el plan excluye solo en determinados casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en alguna otra parte en este *Manual para miembros*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Si considera que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideren “razonables y necesarios”, según las normas de Medicare y Medicaid, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, productos y tratamientos quirúrgicos y médicos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental, salvo cuando se consideren médicamente necesarios).
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

- Procedimientos para revertir la esterilización.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Los miembros son aún responsables de sus montos de costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Aetna Better Health Premier Plan MMAI también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que recibe mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y los medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare que tienen cobertura, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Normas de la cobertura del plan para medicamentos para pacientes externos

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las normas en esta sección.

1. Debe tener un médico u otro proveedor que le emita recetas. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También, puede ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.
3. Su medicamento con receta debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al hacer una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para conocer cómo solicitar una excepción.
4. El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	104
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	104
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando surta una receta	104
A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red	104
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.	105
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	105
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	105
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	107
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	108
A9. Cómo obtener un reembolso si paga una receta que surtió	108
B. Lista de medicamentos del plan	108
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	109
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	109
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	109
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	110
C. Límites para algunos medicamentos	111
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	112
D1. Cómo obtener un suministro temporal	112
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	114
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	116
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	116
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	116
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	116
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	117
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	117
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.	117
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	118



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará los medicamentos con receta **solo** si se obtienen en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

A2. Utilice su identificación de miembro cuando obtenga un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Aetna Better Health Premier Plan MMAI sus medicamentos con receta cubiertos.

Si usted no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. A continuación, puede solicitarnos un reembolso. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita obtener nuevamente un medicamento con receta, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si tiene resurtidos restantes.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o su administrador de casos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Le notificaremos si la farmacia que normalmente usa deja de formar parte de nuestra red y lo ayudaremos a encontrar una nueva farmacia que le pueda proporcionar sus medicamentos con receta. Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red, o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios para medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena. Salvo en caso de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través de los servicios de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “pedido por correo” en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como “NM” (no disponible para pedido por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Cómo obtengo mis medicamentos con receta por correo

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de casos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para solicitar un formulario de pedido por correo, o puede registrarse en línea en CVS Caremark en Caremark.com.

Por lo general, una receta de pedido por correo le llegará en el plazo de 10 a 15 días. Si la farmacia de pedidos por correo retrasa un pedido por correo 15 días o más, el personal se comunicará con usted y lo ayudará a decidir si debe esperar los medicamentos, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento con receta en una farmacia local.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procesos para las recetas nuevas que usted presenta, las nuevas que se presentan directamente desde el consultorio del médico y la repetición del surtido de sus recetas de pedido por correo:

1. Recetas nuevas que usted presenta a la farmacia

La farmacia automáticamente surtirá y entregará las nuevas recetas que usted presente.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico

La farmacia surtirá automáticamente y entregará las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted en primer lugar, si se cumplen los siguientes requisitos:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, **o**
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtiene directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas, ahora o en cualquier momento, seleccionando la opción correspondiente en el sitio web de CVS Caremark en Caremark.com. Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

Si utilizó el pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, póngase en contacto con Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (TTY: 1-800-231-4403) y hágales saber cómo le gustaría recibir sus recetas de pedido por correo, o bien regístrese en línea con CVS Caremark en Caremark.com. Puede cambiar sus preferencias para el servicio de pedido por correo en cualquier momento.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que sea enviado.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (TTY: 1-800-231-4403). También, puede cambiar sus preferencias registrándose en línea en CVS Caremark en Caremark.com.

3. Resurtidos de recetas para pedido por correo

En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted a fin de confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted.

Comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-844-843-6264

(TTY: 1-800-231-4403) para informarles cuál es la mejor manera de comunicarse con usted.

También, puede registrarse en línea en CVS Caremark en Caremark.com para especificar cómo quiere que se lo contacte. Si no sabemos la mejor manera de comunicarnos con usted, es posible que se pierda la oportunidad de decirnos si desea obtener nuevamente un medicamento con receta y usted podría quedarse sin su suministro.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan a fin de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para conocer más acerca de los servicios de pedido por correo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- El medicamento con receta se necesita por una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede conseguir un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia en vehículo razonable.
- La receta es para un medicamento agotado en una farmacia de la red accesible o una de pedido por correo (inclusive los medicamentos caros o únicos).
- Si es evacuado o desplazado, de alguna otra manera, de su casa debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Es una vacuna o medicamento administrado en la consulta del médico.

NOTA: Se permite un suministro fuera de la red para 29 días como máximo. Las reclamaciones impresas se deberán presentar para su reembolso.

En estos casos, primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso si paga por un medicamento con receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente, deberá pagar el costo total para obtener su medicamento con receta. Puede pedirnos un reembolso.

Para obtener más información sobre esto, consulte la página 7.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas que se explican en este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare, así como algunos productos y medicamentos con receta y de venta libre cubiertos por los beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca (p. ej. ELIQUIS) como medicamentos genéricos (p. ej. la amoxicilina). Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están incluidos en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Aetna Better Health Premier Plan MMAI no pagará los medicamentos que se mencionan en esta sección. Se los llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare tienen cobertura del beneficio médico del plan por parte de Aetna Better Health Premier Plan MMAI de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina uso para una indicación no autorizada. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando están recetados para uso para una indicación no autorizada.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertos por Medicare ni Medicaid.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuando la compañía que los fabrica establece que solo ellos deben realizar las pruebas o brindar los servicios.
- Medicamentos fabricados por empresas que no han firmado un acuerdo de reembolso con el gobierno federal.
- Medicamentos identificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como menos eficaces (LTE) según la Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI).
- Medicamentos entregados después de la fecha de finalización incluida en el registro trimestral de medicamentos que proveen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

B4. Niveles en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los tres (3) niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que, por lo general, son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- Nivel 1: medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D
- Nivel 2: medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D
- Nivel 3: medicamentos con receta que no sean de la Parte D y medicamentos de venta libre

Para saber en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El Capítulo 6 informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz.

Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, los planes esperan que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si hay una norma especial para su medicamento, usualmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Cómo limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, si está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Aetna Better Health Premier Plan MMAI antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra el medicamento.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que obtenga su receta.

Para averiguar si alguna de las restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois).

D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto

Nuestra intención es que la cobertura para medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto como usted desearía. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar la seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o límites especiales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la sección anterior, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona autorizada a dar recetas quieran solicitarnos una excepción a la norma.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las siguientes dos normas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos del plan; o
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; o
 - ahora se limita de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:
 - Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será para 30 días como máximo.
 - Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en centros de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - La farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

- Usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
 - Si usted es un miembro actual y presenta un cambio en el nivel de atención:
 - Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez si se le da de alta de un hospital o un centro de atención a largo plazo, y va a su hogar:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. O bien
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.
 - Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez (consulte la nota a continuación para ver las excepciones) si es ingresado en un centro de atención a largo plazo y si le ocurre lo siguiente:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. O bien
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.
 - Nota: Ciertas formas de dosificación, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas orales, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber otro medicamento que el plan cubra y funcione para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una *lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

O BIEN,

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para obtener una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Aetna Better Health Premier Plan MMAI puede incorporar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es una autorización de Aetna Better Health Premier Plan MMAI antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro; **o**
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando la Lista de medicamentos cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan MMAI en línea en **AetnaBetterHealth.com/Illinois** **o**
- A fin de consultar la Lista de medicamentos vigente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca que figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo.

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiar sus normas o límites de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted toma no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un nuevo medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
 - reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O bien,**
 - cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O**
- se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. **O bien,**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9.

Podemos efectuar otros cambios que no afecten los medicamentos que toma. Para este tipo de cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, dicho cambio no afectará su uso del medicamento por el resto del año.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois.**

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía

Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. No deberá pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

Normalmente, un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento, si es parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico sin cobertura de su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por el proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle al proveedor de su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan debe cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar que ya no se encuentra en ese establecimiento. Consulte las partes anteriores de este capítulo que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos de la Parte D.

Para obtener información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, tales como errores de medicamentos o medicamentos que cumplan con lo siguiente:

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Pueden no ser seguros debido a su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que es o podría ser alérgico.
- Tienen cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o se encuentra en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablarán con usted sobre los siguientes temas:

- Cómo obtener la mayor cantidad de beneficios de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos
- La mejor manera de tomar los medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y medicamento de venta libre

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar lo mejor posible los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, obtendrá información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos si concurre al hospital o a la sala de emergencias.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

Estos programas de manejo del tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, infórmenos sobre esto y lo retiraremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura

Aetna Better Health Premier Plan MMAI tiene un programa que puede ayudar a los miembros a utilizar de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que generalmente se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o las benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Requerirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de una determinada farmacia o de un determinado médico.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos.

Si consideramos que una o más limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. Esta carta explicará los límites que creemos que se deben aplicar.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere, como también cualquier información que crea importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos luego de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que hemos cometido un error, no está de acuerdo en que se encuentra en riesgo de usar los medicamentos con receta de manera indebida o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su apelación relacionada a las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, le enviaremos de manera automática su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9).

Es posible que el DMP no aplique para usted si sucede lo siguiente:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme.
- recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención en la etapa final de la vida. **O bien,**
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes externos. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y productos cubiertos por Medicaid; **y**
- medicamentos y productos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos con receta, puede buscar en estos lugares:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. En esta lista se indican:
 - Qué medicamentos paga el plan.
 - En cuál de los tres (3) niveles se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También, puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- El Capítulo 5 de este *Manual para miembros*.
 - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. En el Capítulo 5, puede encontrar más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. Explicación de beneficios (EOB)	121
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	122
C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de los medicamentos	123
C1. Los niveles del plan.	123
C2. Sus opciones de farmacia	123
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	123
C4. Lo que usted paga	124
D. Vacunas	125
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	125



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos que paga de su bolsillo**. Es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos con receta.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos con receta, más el monto que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos EOB, para abreviarla. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes**. El resumen indica qué medicamentos con receta recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Información “del año hasta la fecha”**. Son los costos totales de los medicamentos y los pagos totales que se realizaron desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el cambio del porcentaje en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de precios más accesibles**. Cuando estén disponibles, se muestran en el resumen debajo de los medicamentos actuales. Puede hablar con la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos que se realizaron por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Use la tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos con receta obtiene y lo que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos por los que pagó. Puede solicitarnos que le devolvamos el costo del medicamento.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando pague un copago por los medicamentos que recibe de un programa de asistencia para pacientes del fabricante del medicamento.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener información sobre cómo solicitarnos un reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas.

4. Revise las EOB cuando se las mandemos.

Cuando recibe por correo una EOB, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que no es correcta o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de los medicamentos

Con Aetna Better Health Premier Plan MMAI, no paga nada por sus medicamentos cubiertos, siempre y cuando cumpla con las normas del plan.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los tres (3) niveles. Usted no debe pagar copagos por los medicamentos con receta y medicamentos de venta libre de la Lista de medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos con receta que no son de la Parte D y medicamentos de venta libre.

C2. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- una farmacia de la red; o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para conocer cuáles son esos casos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días como máximo. El suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

C4. Lo que usted paga

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro para 31 días como máximo	Una farmacia fuera de la red Un suministro para 29 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca con receta que no son de la Parte D y medicamentos de venta libre)	\$0	El servicio de pedido por correo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 3.	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden dar suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D de Medicare cuenta con dos partes:

1. La primera parte de la cobertura cubre el costo **de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura cubre el costo **de la administración de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de una inyección que le administra su médico.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Si planea vacunarse, le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para Miembros.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Le podemos decir cómo mantener sus costos bajos si acude a farmacias y proveedores de la red. Las *farmacias de la red* son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Aetna Better Health Premier Plan MMAI para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D.
- Es mejor que use una farmacia o un proveedor de la red para obtener sus vacunas. Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como de su administración. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de una inyección que le administra su proveedor. Si se encuentra en esta situación, le recomendamos que llame primero a su administrador de casos. Si usted paga el costo total de la vacuna en el consultorio de un proveedor, le podemos decir cómo puede solicitarnos que le reembolsemos el costo.

Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	127
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	129
C. Decisiones de cobertura	130
D. Apelaciones	130



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red le deben facturar al plan los servicios y medicamentos que usted ya ha recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 129.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó, tiene derecho a pedir que se le reembolse el dinero.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de casos si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué tiene que hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información acerca de una solicitud de pago que nos envió.

Estos son ejemplos de casos en los que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención de emergencia o atención médica de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan Aetna Better Health Premier Plan MMAI cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. La facturación incorrecta/inadecuada es una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. **Si recibe alguna factura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.**

- Como Aetna Better Health Premier Plan MMAI paga el costo total de los servicios, usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó la factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con el comprobante de los pagos que haya hecho. Le reembolsaremos el monto correspondiente a los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento con receta.

- Solo en muy pocos casos, cubriremos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.
- Consulte el Capítulo 5 para conocer más acerca de las farmacias fuera de la red.

4. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no lleva su identificación de miembro con usted

Si usted no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.

5. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a emitir recetas consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el Capítulo).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros:** Puede pedirle ayuda a su administrador de casos.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Member Services
7400 West Campus Road
New Albany OH 43054

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o producto.

Envíenos su solicitud de pago de los **medicamentos con receta**, junto con cualquier factura o recibo, a esta dirección:

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

- Puede completar un formulario de reclamaciones para solicitar un pago para que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión.
- Puede obtener una copia del formulario de reclamaciones en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir el formulario de reclamaciones.
- No tiene que utilizar el formulario de reclamaciones, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

Debe presentarnos la reclamación de farmacia dentro de los 3 años a partir de la fecha en que recibió el servicio de farmacia, producto o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o su medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtenerlos, los pagaremos. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque en concepto de lo que usted pagó. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener cobertura para los servicios. En el Capítulo 5, se explican las normas para obtener cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos que no pagaremos el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con la explicación de los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos la decisión. Esto se denomina presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la página 161.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 168.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de su plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	132
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.	133
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	134
C1. Cómo protegemos su PHI.	134
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.	134
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.	135
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	136
F. Su derecho a abandonar el plan	136
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.	137
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	137
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	138
G3. Lo que debe hacer si sus instrucciones no se siguen	139
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos	139
H1. Qué hacer si siente que lo tratan injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	139
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	140
J. Cómo hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro	141



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas. La llamada es gratuita.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Los materiales están disponibles en español.
- Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir todos los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar un reclamo ante Medicaid llamando a la Línea directa de beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

- Tenemos la obligación de avisarle sobre los beneficios del plan, su salud, sus opciones de tratamiento y sus derechos, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan. Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas. La llamada es gratis.
- Nuestro plan puede proveerle los materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como letra grande, braille, audio o cintas. Los materiales están disponibles en español.
- Si usted desea hacer una solicitud para recibir permanentemente todos los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alterno, usted puede llamar a Servicios al Miembro al **1-866-600-2139 (TTY al 711)**, 24 horas al día, 7 días de la semana. Para cambiar su solicitud permanente para materiales, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si tiene problemas para obtener información de su plan por problemas de idioma alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted también podrá presentar una queja ante Medicaid llamando a la Línea de ayuda para beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-204-1012.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Encontrará más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más acerca de los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Se denomina remisión a la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios durante un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin aprobación previa.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozca su dignidad y su derecho a la privacidad.

En el Capítulo 9, se indica lo que puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. En el Capítulo 9, también se explica lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura para sus servicios o medicamentos, y no está de acuerdo con nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que brinda información sobre estos derechos. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguraremos de que ninguna persona vea o modifique sus registros si no está autorizada.

En la mayoría de los casos, no les proporcionamos su PHI a las personas que no le brindan atención médica ni pagan los costos de su atención. Si lo hacemos, debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos brindarle su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales.
- Debemos proporcionarle a Medicaid (Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias [Department of Healthcare and Family Services, DHFS] de Illinois) su información de salud y medicamentos. Compartimos esta información de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia de sus registros médicos.

Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, usted tiene derecho a que le proporcionemos información. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérpretes para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, simplemente llame al **1-866-600-2139** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este es un servicio gratuito. Los materiales también están disponibles en español, pero toda nuestra información puede ser traducida a su lengua materna. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información acerca de lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo los miembros del plan lo calificaron
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - Cómo dejar el plan
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, que incluye lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.
- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, que incluye lo siguiente:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites de su cobertura y medicamentos
 - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, que incluye lo siguiente:
 - Explicar por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto
 - Cambiar una decisión que tomamos
 - Pagar una factura que usted recibió



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible.
- Usted tiene derecho a recibir sus beneficios de Medicare a través de:
 - Un plan de Medicare y Medicaid diferente
 - Original Medicare
 - Un plan Medicare Advantage
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de:
 - Un plan de Medicare y Medicaid
 - Un plan de medicamentos con receta
 - Un plan Medicare Advantage
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid a través de:
 - Un plan de Medicare y Medicaid diferente
 - El plan de pago por servicio de Medicaid o un plan de salud de servicios y apoyos a largo plazo administrado de Medicaid (MLTSS)



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

NOTA: Si recibe servicios de exención basados en el hogar y la comunidad o atención a largo plazo, deberá seguir con nuestro plan o elegir otro plan para poder recibir sus servicios y apoyos a largo plazo.

- Para elegir un plan de salud de servicios y apoyos a largo plazo administrado (MLTSS) de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan MMAI e inscribirse en un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no elige un plan de salud, se le asignará un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra empresa. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando recibe servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opción.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de escoger un tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o dejar de tomar un medicamento, no será dado de baja del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicítenos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor le ha denegado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicítenos que cubramos un servicio o medicamento que le fue denegado o que no suele tener cobertura.** A esto se lo denomina una “decisión de cobertura”. En el Capítulo 9, se indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.
- **Usted tiene derecho a conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesarias o apropiadas** para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o del costo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que eso le suceda, puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito a fin de **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por usted.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina instrucciones anticipadas. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un poder para la atención médica. Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas en Illinois, visite el sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois en: www.idph.state.il.us/public/books/advin

No es necesario que utilice instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medicaid, como los Servicios de inscripciones para clientes de Illinois, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas que deben saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- **Aetna Better Health Premier Plan MMAI incluirá su formulario completo en sus registros médicos.** Como condición del tratamiento, Aetna Better Health Premier Plan MMAI no puede obligarlo a llenar un formulario de instrucciones anticipadas o a renunciar a este.
- Si deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección llenar un formulario de instrucciones anticipadas o no.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

G3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo llamando a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 de 08:30 a.m. a 05:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el Capítulo 9, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

H1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad, y dicho trato **no** se relaciona con discriminación por los motivos que figuran en el Capítulo 11 de este manual, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes teléfonos:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Programa de seguros de salud para personas mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para obtener más información sobre esta organización, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Sus Derechos y Protecciones en Medicare” del sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Consulte el *Manual para miembros*** a fin de saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Para conocer los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Para conocer los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Si tiene otra cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a que le brinden la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores le deben dar explicaciones que usted pueda comprender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que sea respetuoso en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, Medicaid paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

- **Si recibe algún servicio o medicamento sin cobertura de nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan.** Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así, necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. La llamada es gratuita.

J. Cómo hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro

Como miembro, usted tiene derecho a ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento para expresar sus opiniones y presentar recomendaciones sobre nuestra Política de derechos y responsabilidades. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o hable con su administrador de casos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, un producto o un medicamento que su plan ha indicado que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó respecto de su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyos a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema relacionado con su atención, puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966; los usuarios de TTY deben llamar al: 1-888-206-1327.** En este capítulo, se explican las opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores para que lo guíen en la resolución del problema. La Línea de ayuda para personas mayores ayudará a personas de todas las edades inscritas en este plan. Con el fin de obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes, como también formas de contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema.	145
A1. Acerca de los términos legales	145
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	145
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	145
C. Problemas con sus beneficios	147
C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo	147
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	147
D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	147
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	148
D3. Qué sección de este capítulo lo ayudará	149
E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	151
E1. Cuándo utilizar esta sección.	151
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	152
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	154
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	158
E5. Problemas con los pagos	163
F. Medicamentos de la Parte D	165
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D	165
F2. Definición de una excepción	166
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	167
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	168
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	171
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	173



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada 175
 - G1. Conozca sus derechos de Medicare 175
 - G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 176
 - G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 178
 - G4. ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación? 179
- H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto 181
 - H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura 181
 - H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención 182
 - H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención 184
 - H4. ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 185
- I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 187
 - I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare 187
 - I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid 187
- J. Cómo presentar un reclamo 188
 - J1. Tipos de problemas sobre los que deben versar los reclamos 188
 - J2. Reclamos internos 190
 - J3. Reclamos externos 191

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo, se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales complejos para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Saber el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Puede obtener ayuda a través de la Línea de ayuda para personas mayores

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores. La Línea de ayuda para personas mayores cuenta con un programa del defensor del pueblo que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. La Línea de ayuda para personas mayores no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar. El número de teléfono de la Línea de ayuda para personas mayores es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada y la asistencia son gratuitas y están disponibles para usted independientemente de su edad. Para obtener más información sobre el programa del defensor del pueblo, consulte el Capítulo 2.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Puede obtener ayuda a través del Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP).

También puede llamar al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo independientemente de su edad. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la asistencia son gratuitas.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede llamar al estado de Illinois directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. Llame a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, TTY: 877-204-1012, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).	
Sí.	No.
Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.	Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.
Vaya a la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 147.	Vaya a la Sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 188.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar.

Si usted o su médico no están seguros de si Medicare o Medicaid cubre un servicio, producto o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico brinde el servicio, producto o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, producto o medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquier de los que se mencionan a continuación:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al **1-866-600-2139 (TTY 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame a la **Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois** para recibir asistencia gratuita, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 04:30 p. m. La Línea directa de beneficios de salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver sus problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de ayuda para personas mayores** para obtener ayuda gratuita, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La Línea de ayuda para personas mayores ayuda a miembros de todas las edades inscritos en este plan. La Línea de ayuda para personas mayores es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
 - Si desea que su médico u otro proveedor sean su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. También, puede obtener el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Tenga en cuenta que conforme al programa de Medicare, su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario de “Nombramiento de un representante”.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - También, puede obtener el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado, o buscar a otro profesional del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá completar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - Sin embargo, **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

D3. Qué sección de este capítulo le ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 151** proporciona información sobre qué debe hacer si tiene problemas con los servicios, productos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
 - No aprobamos los servicios, productos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la Sección E si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 165 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos, pero no pagamos por esta atención.
 - Recibió y pagó productos o servicios médicos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
 - Le notifican que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H en las páginas 175 y 181.
- **La Sección F en la página 165** proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

- **La Sección G en la página 175** proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- **La Sección H en la página 181** proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada y la asistencia son gratuitas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con su cobertura de atención médica, servicios de salud conductual y servicios de atención a largo plazo. También puede recurrir a esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo que necesita pero que no recibe.

Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 152 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 de la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o productos que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 de la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o productos que creía que estaban cubiertos, y desea que le reembolsemos el dinero por los servicios o productos.

Qué puede hacer: puede pedirnos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 163 para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 de la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 175 y 181 para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba o envíe un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al **1-866-600-2139, TTY: 711**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana
- Puede enviarnos un fax al 1-855-320-8445
- Puede escribirnos a:

Aetna Better Health Premier Plan MMAI
3200 Highland Ave., MC F661
Downers Grove, IL 60515

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, puede demorar hasta 14 días calendario después de su pedido, a menos que solicite un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión antes de las 72 horas de recibida su solicitud. Si no le enviamos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), puede presentar una apelación.

En ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o 24 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, en ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada**”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Cómo solicitar una decisión rápida de cobertura:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** o enviarnos un fax al **1-855-320-8445**. Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante que nos llamen.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a la cobertura de atención médica o un producto que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica o del producto que ya recibió).
2. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
 - Si su médico dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una.
 - Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico, decidiremos si se le otorgará una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) en su lugar.
 - En esta carta le informaremos que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 188.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le daremos **nuestros motivos para rechazarla**.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión a través de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección para obtener más información).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, debe iniciar la apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La Línea de ayuda para personas mayores no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La llamada y la asistencia son gratuitas.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación que puede presentar ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si, después de la revisión, le comunicamos que el servicio o producto no están cubiertos, su caso puede pasar a una apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

Para iniciar la apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.

- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días** calendario a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio de Medicaid que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, tiene **10 días calendario** para apelar si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para obtener más información sobre qué plazo corresponde a su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Puede enviar una solicitud de servicios a la siguiente dirección:
Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Attn: Grievance & Appeals Department
PO Box 818070
Cleveland OH 44181
- Puede enviar una solicitud de medicamentos a la siguiente dirección:
Aetna Better Health Premier Plan MMAI
Part D Appeals
Pharmacy Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040
- También, puede solicitar una apelación llamándonos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

El término legal para “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico, otro proveedor u otra persona pueden presentarla por usted, pero usted primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Si la apelación la presenta otra persona que no sea usted, generalmente, debemos recibir el formulario de Nombramiento de un representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

Tenga en cuenta que conforme al programa Medicare, su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario de “Nombramiento de un representante”.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de razones válidas son los siguientes: tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora de su apelación cuando presente su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Illinois.

NOTA: Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio de Medicaid que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, tiene **10 días calendario** para apelar si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación. Para más información, consulte la sección “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?” en la página 158.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 15 días hábiles después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 188.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 15 días hábiles (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre un servicio o producto cubierto solo por Medicare, o por Medicare y Medicaid juntos. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto solo por Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 158.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de informarle nuestra respuesta (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto solo por Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 158.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le informaremos en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida en un plazo de 24 horas después de recibir toda la información que le solicitamos.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 188.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 24 horas después de recibir toda la información que solicitamos o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto solo por Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 158.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber tomado la decisión.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o producto cubierto solo por Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 158.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, sus beneficios para dicho servicio continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para dicho servicio no continuarán a menos que le solicite al plan que continúe con sus beneficios cuando apele. Deberá presentar su apelación y solicitar que continúen sus beneficios dentro de los 10 días calendario después de recibir el Aviso de denegación de cobertura médica. Si pierde la apelación, es posible que deba pagar el servicio.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de Nivel 1, ¿qué sucede después?

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si, por lo general, Medicare o Medicaid cubren el servicio o producto.
- Si su problema es sobre un servicio o producto de **Medicare**, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o producto de **Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta ante la oficina de audiencias imparciales del estado. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto **tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá de manera automática una apelación de Nivel 2 ante la IRE. Si la IRE también **rechaza** su apelación, puede solicitar otra apelación de Nivel 2 ante la oficina de audiencias imparciales del estado.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de revisión independiente (IRE) o una oficina de audiencias imparciales del estado de Medicaid.

Mi problema es sobre un servicio o producto de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios de Medicaid es una audiencia imparcial del estado. Debe solicitar una audiencia imparcial del estado por escrito o por teléfono **en el plazo de 120 días calendario** después de la fecha en la que enviamos la carta con nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta, se le informará dónde debe enviar su solicitud para la audiencia.

- Si quiere solicitar una audiencia imparcial del estado por un producto o servicio estándar de Medicaid, el programa de exención de personas mayores (Programa de atención comunitaria o CCP) o el programa de exención de centros de vida asistida, presente su apelación por escrito o por teléfono a:



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	855-418-4421 (línea gratuita)
Los usuarios	800-526-5812
FAX	312-793-2005
CORREO ELECTRÓNICO	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si quiere solicitar una audiencia imparcial del estado por el programa de exención de personas con discapacidades, programa de exención de lesión cerebral traumática o programa de exención de VIH/SIDA (Programa de servicios en el hogar o HSP), presente su apelación por escrito o por teléfono a:

CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	800-435-0774 (línea gratuita)
TTY	877-734-7429
FAX	312-793-3387
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.HSPApeals@Illinois.gov

La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencias imparciales autorizado para supervisar las audiencias imparciales del estado.

- Recibirá una carta de la oficina de audiencias en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también le proporcionará información detallada sobre la audiencia. Es importante que la lea con atención.
- Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. El funcionario de audiencias imparciales recibirá el mismo paquete.
- Deberá informar a la oficina de audiencias si necesita algún tipo de adaptaciones razonables.
- Si no puede participar personalmente en la oficina local debido a su discapacidad, puede solicitar participar por teléfono. Dígame al personal de la oficina de audiencias su número de teléfono para que puedan comunicarse con usted.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Debe proporcionarle al funcionario de audiencias imparciales toda la evidencia que presentará en la audiencia al menos tres días hábiles antes de que tenga lugar. Debe incluir una lista de los testigos que se presentarán, así como todos los documentos que usará.
- La audiencia será grabada.

Mi problema es sobre un servicio o producto que está cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1 y el servicio o producto generalmente está cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid juntos, recibirá **automáticamente** una apelación de Nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe modificarse.

- No necesita solicitar la apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (en parte o en su totalidad) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

La IRE debe darle nuestra respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los servicios médicos o productos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 fue una audiencia imparcial del estado, la oficina de audiencias imparciales del estado le enviará una carta en la que se le explicará su decisión. Esta carta se denomina “decisión administrativa final”.

- Si la oficina de audiencias imparciales del estado **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de atención médica tan pronto como lo requiera su salud.
- Si la oficina de audiencias imparciales del estado **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o brindarle el servicio o producto en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de la atención médica o brindarle el servicio o producto en un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos aprobar o brindarle dicho medicamento en un plazo de 72 horas después de recibir la respuesta de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar o brindarle el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas desde la fecha en que recibimos la respuesta de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si la decisión es rechazada para parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la oficina de audiencias imparciales del estado y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede presentar otra apelación por el mismo problema ante la oficina de audiencias imparciales del estado. La decisión solo se puede revisar a través de los Tribunales de circuito del estado de Illinois.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), es posible que pueda apelar nuevamente en ciertas situaciones:

- Si su problema es sobre un servicio o producto que está cubierto **tanto por Medicare como por Medicaid**, puede solicitar otra apelación de Nivel 2 ante la oficina de audiencias imparciales del estado. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta en la que se le informará sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado. Consulte la página 158 para obtener información sobre el proceso de audiencias imparciales del estado.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Si su problema es sobre un servicio o producto que está cubierto **por Medicare, o Medicare y Medicaid juntos**, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con el monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.

Consulte la Sección I en la página 187 para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?

Tal vez.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para dicho servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRE.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para dicho servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión del plan.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios para dicho servicio continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRE. Si presenta la apelación ante la oficina de audiencias imparciales del estado después de que la IRE haya tomado su decisión y desea que sus servicios permanezcan durante el proceso de audiencias imparciales del estado, debe solicitarlo en el plazo de 10 días calendario después de recibir el aviso de la IRE.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y productos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o producto con cobertura. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos” en la sección titulada “Cuando un proveedor de la red le envía una factura”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

¿Puedo pedirles un reembolso por un servicio o producto que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por servicios o productos cubiertos, no debe pagarla. No obstante, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios y productos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Analizaremos si el servicio o el producto que pagó es un servicio o producto cubierto. A su vez, verificaremos si siguió todas las normas para usar la cobertura.

- Si el servicio o producto por el que pagó tiene cobertura y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o producto en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o producto no está cubierto, o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o producto, y explicaremos el motivo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 154. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por un servicio o producto que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto generalmente está cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto generalmente está cubierto solo por Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta (consulte la Sección E4 en la página 158).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que es posible que Medicaid cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E de la página 151.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede pedir que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede obtener su medicamento con receta, recibirá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 166. También, consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 167 y 168.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 168.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 168.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección F5 en la página 171.</p>

F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - No puede solicitar que hagamos una excepción respecto al monto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección F5 de la página 171, se explica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Puede llamarnos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 147 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que le otorgue permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que pagó.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración, ya sea por fax o por correo.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax para solicitarnos una decisión, o pídale a su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona autorizada a dar recetas.
 - Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedir una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
 - Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.
-



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Usaremos el “plazo estándar” a menos que hayamos aceptado usar el “plazo rápido”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es **“determinación acelerada de cobertura”**.

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si usar la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviaremos una carta en la que se le informará esto. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.
 - Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 188.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración del médico o de la persona autorizada a emitir recetas que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no recibió

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, su médico, otra persona autorizada a emitir recetas o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También, puede solicitar una apelación llamándonos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación en un **plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón válida para no cumplir con el plazo puede ser que tenga una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o que haya recibido de nuestra parte información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También, puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección del capítulo para asegurarse de que cumple con los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”, detallados en la Sección F4 de la página 168.

El término legal para una “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** la solicitud.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de apelación. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, ocurrirá lo siguiente:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, le enviaremos a esta entidad el archivo de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso importante llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El “aviso importante” le brinda información sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a lo siguiente:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le pudieran haber informado su médico o el personal del hospital.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También, puede consultar el aviso que se encuentra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números indicados anteriormente.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. En Illinois, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al: **1-888-524-9900**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si se vence el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección G4 en la página 179.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al **1-888-524-9900** para solicitar una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Illinois.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También, puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la asistencia son gratuitas.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para la explicación por escrito es “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Illinois.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, deberá pagar la continuación de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día después en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En Illinois, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán su decisión.

¿Qué sucede si aceptan su solicitud?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de la primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

¿Qué sucede si rechazan su solicitud?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (un plazo de 60 días o que no supere la fecha prevista del alta, lo que ocurra primero), puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces es posible que tenga que pagar el costo completo de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Apelación de Nivel 2 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 188 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Además, debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que su médico indique que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le diremos por adelantado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. El aviso por escrito se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare". En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 188 le explica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, llame a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada y la asistencia son gratuitas.

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900. La información sobre la presentación de apelaciones ante la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación acelerada”. Es una revisión independiente sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura para sus servicios.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 para solicitar una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 185.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana; o bien, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, consulte la copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que se explique el motivo de la interrupción de sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Illinois.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Illinois, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Sin embargo, los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, tenemos en cuenta toda la información sobre su atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. El envío de su apelación significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Apelación de Nivel 2 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle informado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 188 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles para continuar con la apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2 por servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma una decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o abogado mediador revise su caso, el producto o el servicio médico que solicita tendrá que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o a un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas mayores, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la asistencia son gratuitas.

I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid

Usted también tiene derechos de apelación adicionales si su apelación es sobre servicios o productos que podrían estar cubiertos por Medicaid.

Después de que su apelación de Nivel 2 en la oficina de audiencias imparciales del estado haya finalizado, recibirá una decisión por escrito que se denomina “decisión administrativa final”. Esta decisión es tomada por el Director de la agencia en función de las recomendaciones del funcionario de audiencias imparciales. La oficina de audiencias les enviará la decisión por escrito a usted y a todas las partes interesadas. Esta decisión solo se puede revisar a través de los Tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el Tribunal de circuito permite para solicitar dicha revisión puede ser de tan solo 35 días a partir de la fecha de la decisión administrativa final.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health Premier Plan MMAI lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan.

En resumen: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que se encargan de manejar los reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 191.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Reclamos sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para un “reclamo” es una “**queja**”.

El término legal para “presentar un reclamo” es “**interponer una queja**”.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan, que es el encargado de revisarlo. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada con nuestro plan, y es esta organización la que lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a la Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

J2. Reclamos internos

- Para presentar un reclamo interno, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139**, (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo se relaciona con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.
- Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su reclamo por escrito. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Si presenta un reclamo porque extendimos el plazo para tomar una decisión de cobertura o una decisión de apelación, automáticamente le concederemos una decisión rápida y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

El término legal para un “reclamo rápido” es **“queja acelerada”**.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Le informaremos por escrito si necesitamos más tiempo.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o decidir sobre una apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad del reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamos de Medicare se encuentra disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informarle al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois acerca de su reclamo

Para presentar un reclamo ante el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También, puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de respuesta a clientes: 1-800-368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: 1-800-537-7697

También, puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con la Línea de ayuda para personas mayores para obtener asistencia, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966; TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la asistencia son gratuitas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O bien, puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En Illinois, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es **1-888-524-9900**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid.	194
B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	195
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente	195
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	196
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	196
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	198
E. Cómo seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan y hasta que se cancele su membresía	198
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía	199
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud. .	200
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	200
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan	200



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

Usted puede solicitar cancelar su membresía en Aetna Better Health Premier Plan MMAI, plan de Medicare y Medicaid, en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage, al inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid o al cambiarse a Original Medicare.

Si desea volver a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su membresía se cancelará el último día del mes en el que Servicios de inscripciones para clientes de Illinois o Medicare reciban su solicitud para cambiar de plan. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si Servicios de inscripciones para clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su nueva cobertura comenzará el 1 de febrero.

Si desea cambiarse a un plan de Medicare y Medicaid diferente:

- Si solicita cambiarse de plan antes del día 18 del mes, su membresía se cancelará el último día del mismo mes. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si Servicios de inscripciones para clientes de Illinois recibe su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de septiembre.
- Si solicita cambiarse de plan después del día 18 del mes, su membresía se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior. Por ejemplo, si Servicios de inscripciones para clientes de Illinois recibe su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de octubre.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información acerca de lo siguiente:

- Las opciones de Medicare se detallan en la tabla en la página 196.
- Los servicios de Medicaid se explican en la página 198.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía llamando a los siguientes números:

- Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el Capítulo 5.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Medicaid o Medicare que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan MMAI:

- Llame a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. **O BIEN,**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Podrá encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan en la tabla de la página 196.

C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente:

- Llame a Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de 08:00 a. m. a 06:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan MMAI e inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.
- Si Servicios de inscripciones para clientes de Illinois recibe su solicitud antes del día 18 del mes, su cobertura en Aetna Better Health Premier Plan MMAI finalizará el último día del mismo mes. Si Servicios de inscripciones para clientes de Illinois recibe su solicitud después del día 18 del mes, su cobertura en Aetna Better Health Premier Plan MMAI finalizará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A más arriba para obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si usted no desea inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente cuando abandone Aetna Better Health Premier Plan MMAI, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía con nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como Medicare Advantage Plan o un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la asistencia son gratuitas. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan MMAI se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
---	---

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la asistencia son gratuitas. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan MMAI se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos con receta si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de seguros de salud para personas mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la asistencia son gratuitas. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan MMAI se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</p>

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

Si abandona el plan de Medicare y Medicaid, recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de servicios y apoyos a largo plazo administrado (MLTSS) de HealthChoice Illinois para poder recibir los servicios de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

Si no se encuentra en un centro de atención de enfermería ni está inscrito en una Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través del plan de pago por servicio. Usted puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de atención de enfermería o está inscrito en un programa de exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS de HealthChoice Illinois para recibir los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a los Servicios de inscripciones para clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan MMAI e inscribirse en un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no elige un plan de salud de servicios y apoyos a largo plazo administrado (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se lo asignará a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra empresa.

Después de inscribirse en el plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Recibirá una nueva identificación de miembro, un nuevo *Manual para miembros* e información sobre cómo acceder al nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* de su plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su membresía

Si abandona Aetna Better Health Premier Plan MMAI, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. Para obtener más información, consulte la página 190. Durante este tiempo, continuará recibiendo la atención médica y los medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe utilizar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que se cancela su membresía, nuestro plan, por lo general, cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den el alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía

Existen casos en los que Aetna Better Health Premier Plan MMAI debe cancelar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Nuestro plan es para las personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a prisión.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano estadounidense o no está legalmente en los Estados Unidos.
 - Deberá ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible según estos requisitos para ser miembro de nuestro plan.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con estos requisitos.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos permiso de Medicare y Medicaid primero:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su identificación de miembro para obtener atención médica.
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También, puede llamar a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois al 1-800-226-0768, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días a la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Es capítulo incluye avisos legales que aplican a su membresía en Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	202
B. Aviso sobre no discriminación	202
C. Aviso sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI como pagador secundario	203
C1. Derecho de subrogación en Aetna Better Health Premier Plan MMAI	203
C2. Derecho de reembolso en Aetna Better Health Premier Plan MMAI	203
C3. Sus responsabilidades	204
D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad	204



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid deben cumplir las leyes que lo protegen de discriminación o trato imparcial. No lo discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato imparcial:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También, puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de respuesta a clientes: 1-800-368-1019 Fax: (202) 619-3818

TDD: 1-800-537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

C. Aviso sobre Aetna Better Health Premier Plan MMAI como pagador secundario

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Aetna Better Health Premier Plan MMAI tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago de los servicios cubiertos cuando otra persona debe pagar primero.

C1. Derecho de subrogación de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

La subrogación es el proceso mediante el cual Aetna Better Health Premier Plan MMAI recupera una parte o la totalidad de los costos de su atención médica de otro asegurador. Algunos ejemplos de otros aseguradores incluyen los siguientes:

- Su seguro de automóvil o vivienda
- El seguro de automóvil o vivienda de la persona que ocasionó su enfermedad o lesión
- Compensación laboral

Si un asegurador que no sea Aetna Better Health Premier Plan MMAI debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Aetna Better Health Premier Plan MMAI tiene derecho a solicitar que el asegurador nos reintegre los gastos. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza de Aetna Better Health Premier Plan MMAI se considerará secundaria cuando otro plan, incluso otro plan de seguro, le proporcione cobertura para los servicios de atención médica.

C2. Derecho de reembolso de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

Si recibe dinero de una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Aetna Better Health Premier Plan MMAI tiene derecho a solicitarle que reintegre el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos obligarlo a reintegrar más dinero del que recibió de la demanda o el acuerdo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

C3. Sus responsabilidades

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI, usted acepta hacer lo siguiente:

- Informarnos sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.
- Cooperar con Aetna Better Health Premier Plan MMAI cuando solicitemos información y asistencia con la coordinación de los beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Aetna Better Health Premier Plan MMAI con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizar a Aetna Better Health Premier Plan MMAI a investigar, solicitar información y divulgar información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que lo permita la ley.
- Pagarle a Aetna Better Health Premier Plan MMAI todos los montos que recuperó a través de una demanda, un acuerdo o de un tercero o su aseguradora, en la medida de los beneficios proporcionados conforme a la cobertura, hasta completar el valor de los beneficios proporcionados.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que deba reintegrarnos nuestros costos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer cumplir nuestros derechos en virtud de este plan.

D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, los registros, los datos y los elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y socios comerciales, estén protegidos de la divulgación no autorizada de conformidad con las Leyes Compiladas de Illinois (ILCS) 305, 5/11-9, 11-10 y 11-12; el inciso 42 del Código de los Estados Unidos (USC) 654(26); el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 431, Subparte F; el Título 45 del CFR, Parte 160, y el Título 45 CFR, Parte 164, Subpartes A y E.

La ley nos exige que le proporcionemos un aviso que describa cómo puede usarse y divulgarse su información de salud, y cómo puede obtener esta información. Revise detenidamente este Aviso sobre prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** (TTY 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Revise detenidamente este Aviso sobre prácticas de privacidad. El Aviso sobre prácticas de privacidad se encuentra disponible en **[AetnaBetterHealth.com/illinois/privacy-policy](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois/privacy-policy)**. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139** (TTY 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Aetna Better Health Premier Plan MMAI está trabajando con el estado de Illinois para detener el crecimiento de nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois está compartiendo la información que tiene sobre el VIH con IL Medicaid y con las organizaciones de cuidado administrado de IL Medicaid para tener una mejor atención para las personas que viven con VIH. Los nombres, las fechas de nacimiento, los números del seguro social, el estado del VIH y otra información, se comparte de forma segura para todos los miembros de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se incluyen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de casos: la principal persona que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Agencia estatal de Medicaid: el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois.

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Nos puede pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica.

Atención de urgencia: atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos.

Atención en centros de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Audiencia imparcial: la posibilidad que se le otorga de contar su problema ante el tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es errónea.

Autorización previa: una aprobación por parte de Aetna Better Health Premier Plan MMAI que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra el servicio o medicamento si no tiene la aprobación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan.

- En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de atención médica a domicilio: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona instrucciones adicionales para nuestros proveedores de atención médica que les permite comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idiomas.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): centro de atención de enfermería con el personal y los equipos necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Centro u hogar de convalecencia: un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Continuación de beneficios: puede continuar recibiendo los beneficios mientras espera una decisión de una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “continuación de beneficios”.

Decisión de cobertura: decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Defensor del pueblo: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor del pueblo en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando el plan o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales, y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una afección médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría pensar que es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata podría causar la muerte, una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o dañar la función de una parte del cuerpo, o, en el caso de una mujer embarazada, podría representar un grave peligro para su salud física o mental, o la del feto. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o hemorragia no controlada.

Equipo de atención: un equipo de atención, dirigido por un administrador de casos, puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales que están para ayudarlo a desarrollar un plan de atención y garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos productos que su médico solicita para que use en el hogar. Algunos ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Evaluación de salud: revisión de la historia clínica y la afección actual de un inscrito. Se utiliza para conocer cuál es el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan Aetna Better Health Premier Plan MMAI cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

Como Aetna Better Health Premier Plan MMAI paga el costo total de los servicios, usted no debe nada en costos compartidos. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: una farmacia (tienda de medicamentos) que ha aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Hospicio: programa de atención y apoyo destinado a ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos.

- Un inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Aetna Better Health Premier Plan MMAI debe proporcionarle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health Premier Plan MMAI para obtener más información sobre cómo Aetna Better Health Premier Plan MMAI protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Inscrito en Medicare y Medicaid: persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare y Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos suele denominarse “formulario”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Manual para miembros e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios, de otra manera, según las normas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa que originariamente desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.

Medicamento genérico: medicamento con receta que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: consulte la sección de “Medicamentos de la Parte D de Medicare.”

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier droga o medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen la enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado (consulte el “plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Niveles del medicamento: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles del medicamento. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los tres (3) niveles.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con una QIO en su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: término que se usa cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente externo en vez de un paciente internado, aunque permanezca durante la noche.

Parte A: consulte la sección de “Medicare Parte A.”

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte B: consulte la sección de “Medicare Parte B.”

Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de control.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Parte C: consulte la sección de “Medicare Parte C.”

Parte C de Medicare: programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D: consulte la sección de “Medicare Parte D.”

Parte D de Medicare: programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare o Medicaid. Aetna Better Health Premier Plan MMAI incluye la Parte D de Medicare.

Plan de atención: un plan desarrollado por usted y su administrador de casos que describe las necesidades médicas, de salud conductual, sociales y funcionales que tiene, e identifica los objetivos y servicios para atender esas necesidades.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee administradores de casos para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes mediante empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir los beneficios de Medicare.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Ellos se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También, pueden hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que además no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explica cómo funcionan los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: reclamo que se presenta sobre nosotros, o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención.

Reclamo: declaración escrita u oral que indica que tiene un problema o una inquietud relativos a la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Remisión: una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede obtener más información sobre las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios en centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes externos que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo incluyen atención a largo plazo y programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de exención HCBS pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer en el hogar y la comunidad.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte la sección de “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: una norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.AetnaBetterHealth.com/Illinois)**.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan MMAI

LLAME AL	1-866-600-2139 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan MMAI Attn: Member Services 7400 W. Campus Road, Mail Code: F494 New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Illinois



AetnaBetterHealth.com/Illinois