Manual para miembros de 2026 de Health*Choice* Illinois

Juntos es más saludable™

HealthChoice Illinois

Illinois Department of Healthcare and Family Services

aetna®

Aetna Better Health® of Illinois

6066900-01-01

AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid

Información útil

Aetna Better Health® of Illinois

Departamento de Servicios para Miembros
1-866-329-4701 (TTY: 711)
De lunes a viernes, de
08:30 a. m. a 05:00 p. m., hora del centro

Servicios para personas con problemas auditivos y del habla
Llame al **711**

Obtenga ayuda en otros idiomas o formatos
Si necesita ayuda en otro idioma o formato, llame al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Conseguiremos un intérprete en su idioma. También puede solicitar un intérprete oral o de lengua de señas si necesita ayuda para hablar con su médico durante la consulta.

Si tiene problemas visuales o si no lee en inglés, puede obtener información en otros formatos, como letra grande o audio. Estos servicios no tienen costo para usted.

Atención de emergencia (las 24 horas)
Cuando necesite atención de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. NO es necesario que el hospital pertenezca a nuestra red. No necesita aprobación previa para la atención de emergencia en el hospital.

Dirección de correo postal
Aetna Better Health of Illinois
PO Box 818031, MC F661
Cleveland, OH 44181-8031

Línea de crisis de salud conductual
1-866-329-4701 (TTY: 711)
Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Informes sobre fraude y abuso
1-866-536-0542 (TTY: 711)

Línea de enfermería las 24 horas
1-866-329-4701 (TTY: 711)
Durante las 24 horas, los 7 días de la semana

AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid

Información personal

Mi número de identificación de miembro

El número de teléfono de mi PCP

Mi proveedor de atención primaria (PCP)

Bienvenido a Aetna Better Health® of Illinois

Nos complace aportar lo mejor de nosotros a cada momento relacionado con su salud. Utilice este manual para obtener información sobre el nuevo plan Health*Choice* Illinois de Medicaid y sus beneficios. Aquí encontrará todo lo que necesita saber sobre cómo obtener atención.

Este manual contiene información sobre lo siguiente:

- Su equipo de atención médica, incluido su proveedor de atención primaria (PCP)
- Beneficios y servicios de Aetna Better Health of Illinois
- Cómo obtener servicios de atención médica
- Cómo obtener ayuda con sus citas
- Lo que debe hacer en caso de emergencia
- Servicios cubiertos y no cubiertos
- El programa de recompensas de Aetna Better Care®
- Beneficios adicionales
- Cómo interponer una queja o presentar una apelación
- Administración de casos y otros programas relacionados con la salud
- Sus derechos y responsabilidades como miembro

La copia actualizada de este manual está siempre disponible en nuestro sitio web: **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea que le enviemos una copia nueva por correo o si la necesita en otro idioma.

También ofrecemos servicios de idiomas gratuitos a nuestros miembros, como los siguientes:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Formatos alternativos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles)
- Intérpretes de idiomas calificados
- Materiales traducidos en su idioma preferido

Si necesita estos servicios, llámenos al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Lea todo el contenido de este manual. Anote cualquier pregunta que tenga; estamos aquí para ayudar. Puede llamarnos al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** si tiene preguntas. Para ver este manual en línea, obtener información sobre nuestros programas y servicios o encontrar un proveedor, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Estamos aquí para ayudar

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. (hora del centro). Podemos ayudarle con lo siguiente:

- Preguntas sobre los beneficios
- Transporte
- Servicios de interpretación
- Necesidades en caso de crisis de salud conductual

Puede comunicarse con la **línea de enfermería las 24 horas** en cualquier momento del día o de la noche al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** para hablar con un enfermero y obtener consejos sobre atención médica.

Otros números útiles

- Emergencia: **911**
- Emergencia de salud conductual: **988**
- Línea directa de fraude y abuso: **1-866-536-0542**

Sitio web: **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**

Dirección de correo postal: Aetna Better Health of Illinois
PO Box 818031, MC F661
Cleveland, OH 44181-8031

Índice

Descripción general de *HealthChoice* Illinois 5
Departamento de Servicios para Miembros 6
Servicios de idiomas 6
Información sobre el sitio web 7
Portal para miembros 7
Aplicación móvil 7
Tarjeta de identificación de miembro 8
Inscripción abierta 9
Red de proveedores 10
Directorio de proveedores 10
Proveedor de atención primaria (PCP) 11
Cómo cambiar de PCP 11
Proveedor de atención médica para mujeres 12
Planificación familiar 12
Atención especializada 12
Servicios de salud conductual 13
Servicios de respuesta móvil en caso de crisis 14
Caminos al éxito 14
Cómo programar citas 15
Atención fuera de horario 15
Acceso a la atención 16
Atención de urgencia 17
Atención de emergencia 17
Atención hospitalaria 17
Atención de posestabilización 17
Servicios cubiertos 18
Servicios médicos cubiertos 19
Servicios cubiertos basados en el hogar y la comunidad 26
Servicios y apoyos administrados a largo plazo 28
Servicios cubiertos limitados 29
Servicios no cubiertos 29

Servicios dentales 30
Servicios de la vista 31
Servicios de farmacia 32
Beneficios fuera de la red 33
Costos compartidos 33
Servicios de transporte 34
Beneficios de valor agregado 35
Recompensas de Aetna Better Care 36
Beneficio mensual de $25 para productos de venta libre (OTC) 36
Programa de trabajadores de salud comunitarios 37
Servicio gratuito de telefonía móvil 37
Coordinación de la atención 38
Programas de control de enfermedades y administración de la salud 39
Administración de uso 40
Programa de calidad 41
Instrucciones anticipadas 42
Quejas y apelaciones 43
- Quejas 43
- Apelaciones 44
- Audiencia imparcial del estado 47
- Revisión externa independiente (solo para servicios médicos) 49

Derechos y responsabilidades 51
Fraude, uso indebido y abuso 53
Abuso, negligencia y explotación 53
Aviso sobre prácticas de privacidad 55
Definiciones 59
Aviso de no discriminación 62

Descripción general de *HealthChoice* Illinois

¿Qué es Medicaid?
Medicaid es un seguro de salud del gobierno estatal y federal que paga los servicios de asistencia médica. Paga la asistencia médica a las siguientes personas que reúnen los requisitos de bajos ingresos:

- Niños elegibles.
- Padres y cuidadores de niños.
- Mujeres embarazadas.
- Personas con discapacidad, ciegas o mayores de 65 años.
- Aquellas que estuvieron anteriormente en servicios de cuidado adoptivo.
- Adultos de 19 a 64 años que no reciben cobertura de Medicare y que no son padres ni parientes cuidadores de un menor.

Medicaid paga la atención médica, hospitalaria y a largo plazo. La cobertura adicional incluye medicamentos con receta, equipos médicos, transporte, planificación familiar, pruebas de laboratorio, radiografías y otros servicios médicos.

¿Qué es *HealthChoice* Illinois?
Health*Choice* Illinois es el programa ampliado de cuidado administrado de Medicaid. El programa proporciona atención médica a la mayoría de los participantes de Medicaid de Illinois. Los miembros de Health*Choice* Illinois deben inscribirse en una organización de cuidado administrado (MCO) o en un plan de salud. Los miembros pueden elegir la MCO, así como el médico o proveedor de atención primaria (PCP). El PCP supervisará y coordinará su atención médica.

Cómo renovar la cobertura de Medicaid
Para seguir recibiendo atención a través de Health*Choice* Illinois, debe renovar la cobertura de Medicaid cada año. Se trata de un proceso sencillo para asegurarse de que aún sigue reuniendo los requisitos para obtener los beneficios. Esta renovación anual también se denomina “redeterminación”.

Esté pendiente de su casilla de correo postal
Cuando llegue el momento de la renovación, recibirá por correo una carta del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS) con todos los detalles.

Cuando reciba una carta de renovación, no espere. Si no realiza la renovación, dejará de tener cobertura a través de Aetna Better Health of Illinois. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Tenga cuidado con las estafas. Illinois nunca le pedirá dinero para renovar o solicitar Medicaid. Informe estafas a **https://hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html** o en la línea directa para fraudes de Medicaid al **1-844-453-7283/1-844-ILFRAUD.**

Departamento de Servicios para Miembros

Estamos aquí para ayudarle a aprovechar al máximo Aetna Better Health of Illinois. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. (hora del centro). Queremos que reciba toda la información que necesita sobre su plan de salud. Podemos hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre sus beneficios.
- Ayudarle a elegir o cambiar de PCP.
- Ayudarle a programar citas.
- Explicar cómo obtener servicios de atención médica.
- Ayudar con las autorizaciones necesarias para los servicios de atención médica.
- Explicar cómo obtener servicios de emergencia.
- Explicar sus derechos y responsabilidades como miembro de Aetna Better Health of Illinois.
- Explicar cómo presentar una queja o apelación.
- Ayudarle a presentar un reclamo.
- Explicar los procedimientos de audiencia imparcial.
- Proporcionarle información desde nuestro sitio web.
- Proporcionar nuestro Certificado de cobertura, donde se explica que tenemos un contrato con el estado de Illinois.

Puede encontrar la mayor parte de la información en este manual. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

El Departamento de Servicios para Miembros también necesita su ayuda. Sus ideas y sugerencias sobre cómo podemos ofrecerle un mejor servicio serán bienvenidas. Si tiene alguna pregunta o desea compartir sus ideas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. También puede participar en el Comité de Asesoramiento de Miembros. Este comité reúne las opiniones de los miembros sobre las formas en que podemos mejorar nuestros beneficios y servicios. Si quiere enviarle un mensaje al Departamento de Servicios para Miembros, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. Haga clic en “Contact us” (contáctenos) en la parte inferior de la página. Complete el formulario y haga clic en “Submit” (Enviar). Un representante del Departamento de Servicios para Miembros responderá su mensaje.

Servicios de idiomas

Si necesita ayuda o información en otro idioma, llame al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Podemos brindar un intérprete calificado, materiales en formatos alternativos y materiales traducidos. Estos servicios están disponibles sin costo para usted.

Información sobre el sitio web

Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** para realizar lo siguiente:

- Encontrar un PCP o especialista en su área
- Enviarnos preguntas mediante nuestra página “Contact Us” (Contáctenos)
- Obtener información sobre sus beneficios y servicios
- Obtener información sobre más de 5,000 temas de salud
- Ver su manual para miembros
- Conocer acerca de sus derechos y responsabilidades
- Hablar con nuestro asistente virtual

Portal para miembros

Aproveche al máximo su plan de salud. Regístrese en su portal para miembros seguro y personalizado. En su portal para miembros, usted puede hacer lo siguiente:

- Cambiar de PCP.
- Completar una prueba de detección de riesgos para la salud (HRS)
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal y solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Actualizar su información personal
- Enviar y recibir mensajes seguros desde y hacia Aetna

Visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** para configurar una cuenta de miembro segura. Haga clic en “Log in” (Iniciar sesión) en la parte superior de la barra de herramientas. Todo lo que necesita es el número de identificación de miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health of Illinois. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Aplicación móvil

La aplicación móvil de Aetna Better Health of Illinois le permite acceder a los beneficios para miembros y a su información personal de salud, ¡en cualquier momento y en cualquier lugar! La aplicación le facilita buscar:

- Su tarjeta de identificación
- Recompensas de Aetna Better Care
- Un proveedor o especialista
- Información de contacto de su PCP
- Información de contacto
- Información de beneficios

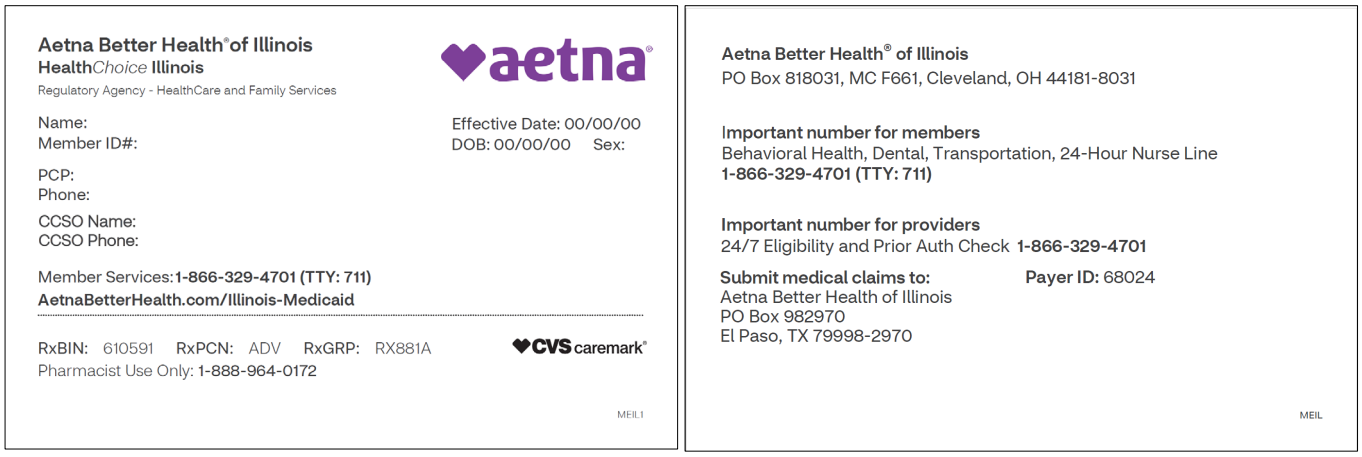
Descargue la aplicación gratuita de Aetna en su teléfono celular. Para obtener más información sobre el uso de la aplicación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Tarjeta de identificación de miembro

Recibirá una tarjeta de identificación de miembro en un plazo de cinco días a partir de su inscripción en Aetna Better Health of Illinois. Siempre debe llevar su tarjeta con usted. En ella, figuran números de teléfono importantes. Además, deberá mostrarla cuando reciba algún servicio.

La información que figura en su tarjeta de identificación de miembro es la siguiente:

- Su nombre
- Número de identificación de Medicaid de Illinois
- Nombre del plan
- Fecha de entrada en vigencia
- Nombre y número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP)
- Información sobre farmacias: RxPCN, RxBIN, RxGroup
- Número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros (incluidos los servicios de salud conductual, dentales, de la vista y de transporte)
- Línea de enfermería las 24 horas
- Dirección de correo postal y sitio web de Aetna Better Health of Illinois
- Números de teléfono de proveedores
- Información para presentar reclamaciones



Inscripción abierta

Puede cambiar de plan de salud una vez al año durante un período específico llamado inscripción abierta. No es necesario que cambie de plan de salud, pero puede hacerlo si lo desea. Servicios de inscripciones para clientes (CES) le enviará una carta de inscripción abierta 60 días antes de la fecha de su aniversario. Durante el período de inscripción abierta, tendrá 60 días para cambiar de plan llamando a CES al **1-877-912-8880**. Solo puede hacerlo una vez. Transcurridos los 60 días, haya cambiado de plan o no, deberá seguir con ese plan durante 12 meses. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción o la cancelación de la inscripción en Aetna Better Health of Illinois, llame a CES al **1-877-912-8880**.

Red de proveedores

Debe usar proveedores de la red de Aetna Better Health of Illinois para todas sus necesidades de atención médica. La red incluye una amplia variedad de proveedores, como proveedores de atención primaria (PCP), especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería y de residencia para personas mayores, centros comunitarios de salud mental, y otros proveedores y centros médicos y de salud conductual. No necesita una remisión para consultar a un especialista, pero le recomendamos que trabaje con su PCP para coordinar cualquier atención que pueda necesitar. Debe obtener nuestra aprobación antes de consultar a un proveedor fuera de la red. *Las únicas excepciones son en caso de atención médica de emergencia en los Estados Unidos y atención de proveedores de atención médica para personas indígenas (IHCP).*

Directorio de proveedores

Para buscar un proveedor en la red de Aetna Better Health of Illinois, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la parte superior de la página. Puede buscar un proveedor por nombre, especialidad, ubicación e idioma.

El directorio de proveedores enumera información de todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono, especialidades y calificaciones, estado de certificación de la junta y más. Así como también la raza y el origen étnico del proveedor, el idioma y los servicios lingüísticos disponibles en su consultorio. También puede buscar **HealthGrades.com** para obtener más información, como la escuela de medicina a la que asistió y la finalización de la residencia.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o información adicional sobre el directorio de proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Proveedor de atención primaria (PCP)

El proveedor de atención primaria (PCP) es el médico personal que le proporcionará la mayor parte de la atención. Consideramos que el PCP es una de las partes más importantes de su atención médica. Lo conoce y sabe cuáles son sus antecedentes médicos. También puede ayudarle a encontrar un especialista si lo necesita. Con Aetna Better Health of Illinois, usted puede elegir su PCP. Puede tener un PCP para toda la familia o elegir diferentes PCP para cada miembro de la familia. Debe elegir un PCP que pertenezca a la red.

Si tiene una afección médica crónica, una discapacidad o una necesidad especial de atención médica, puede tener un especialista como PCP. El especialista deberá aceptar cumplir con todos los requisitos de un proveedor de atención primaria.

Si es indio estadounidense o nativo de Alaska, tiene derecho a recibir servicios de un proveedor de una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana dentro y fuera del estado de Illinois.

Si necesita ayuda para encontrar un PCP o cambiarlo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. También puede visitar **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** y hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Hay tres maneras de hacer un cambio:

1. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.
2. Inicie sesión en su cuenta de miembro segura en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.
3. Complete el formulario de cambio de PCP que está disponible en línea en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. Luego, envíelo por correo a la dirección que figura en el formulario.

Proveedor de atención médica para mujeres

Con Aetna Better Health of Illinois, puede elegir un proveedor de atención médica para mujeres (WHCP). Un WHCP es un médico autorizado que se especializa en obstetricia, ginecología o medicina familiar.

Planificación familiar

La planificación familiar es un beneficio cubierto. Contamos con una red de proveedores de planificación familiar donde puede obtener la atención y el apoyo que necesita. También puede obtener servicios y suministros de planificación familiar de cualquier proveedor fuera de la red sin necesidad de una remisión, y estarán cubiertos.

Atención especializada

Un especialista es un médico que brinda atención para determinadas afecciones médicas, como aquellas relacionadas con la salud del corazón o la diabetes. Si su PCP considera que necesita un especialista, le ayudará a elegirlo. No necesita una remisión para consultar a un especialista si este pertenece a la red.

Servicios de salud conductual

Utilizamos un modelo de atención integrada para abordar todas sus necesidades: físicas, conductuales y sociales. Los miembros de nuestro personal clínico y no clínico están aquí para ayudarle a obtener la atención médica física, de salud mental y por abuso de sustancias que necesita. Si tiene una emergencia que pone en peligro la vida, llame al **911** o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Podemos ayudarle a obtener atención para los siguientes casos:

- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Trastornos de la alimentación (como anorexia o bulimia)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Esquizofrenia
- Abuso de sustancias (problemas con las drogas o el alcohol)
- Otras afecciones de salud mental o conductual

Estos son algunos de los servicios de salud conductual que cubrimos:

- Hospitalizaciones
- Servicios de desintoxicación
- Servicios de estabilización en caso de crisis
- Control y administración de medicamentos
- Evaluaciones de salud mental
- Administración de la atención
- Terapia individual, grupal y familiar
- Desarrollo del plan de tratamiento
- Apoyo comunitario
- Rehabilitación residencial
- Tratamiento diurno
- Servicios de respuesta móvil en caso de crisis

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual dentro de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. También puede ingresar a **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** y hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Servicios de respuesta móvil en caso de crisis

Los miembros pueden utilizar la línea de Servicios de ingreso por crisis y remisión (CARES), disponible las 24 horas, para hablar con un profesional de la salud conductual. Puede llamar si usted o su hijo representan un riesgo para sí mismos o para los demás, si tienen una crisis de salud mental o si usted desea obtener una remisión para los servicios. Llame a la línea CARES al **1-800-345-9049 (TTY: 1-773-523-4504)**.

Caminos al éxito

El programa Caminos al éxito (Pathways to Success) está destinado a miembros menores de 21 años que tienen necesidades complejas de salud conductual. Los servicios incluyen lo siguiente:

- Apoyo y coordinación de la atención, incluidas reuniones del equipo para el niño y la familia
- Apoyo entre pares para familias
- Asesoramiento en el hogar
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios de mentoría

Su administrador de casos o proveedor de atención médica puede responder a sus preguntas o ayudarlo con el formulario de IM+CANS. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Cómo programar citas

Es muy importante que asista a todas las citas que programe para realizar consultas médicas, pruebas de laboratorio o radiografías. Si no puede asistir a la cita, llame a su PCP con al menos un día de anticipación. Si necesita ayuda para programar o cancelar una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Consejos rápidos acerca de las citas:

- Llame a su proveedor temprano en la mañana para programar una cita.
- Infórmele si necesita ayuda especial.
- Dígale al personal sus síntomas.
- Lleve a la cita la tarjeta de identificación de Aetna Better Health of Illinois y la de Medicaid de Illinois.
- Si es un paciente nuevo, vaya a su primera cita al menos 30 minutos antes para poder proporcionar información sobre usted y sus antecedentes médicos.
- Si necesita ayuda para organizar el transporte, llame al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** al menos dos (2) días antes de la cita. Para obtener más información, consulte la página 34.
- Cuando llegue, regístrese en la recepción.

Atención fuera de horario

Si necesita atención fuera del horario de atención habitual, nuestros PCP cuentan con servicios de respuesta las 24 horas o con una grabación telefónica. Esta grabación le indicará cómo recibir atención fuera del horario de atención habitual. Si tiene un problema médico o una pregunta y no puede comunicarse con su PCP durante el horario de atención habitual, puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** para hablar con un enfermero. Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda al departamento de emergencias más cercano.

Acceso a la atención

Aetna Better Health of Illinois quiere asegurarse de que usted pueda recibir atención cuando la necesite. Se espera que los proveedores atiendan a los miembros en un tiempo razonable. Los proveedores de la red estarán disponibles en horarios razonables. Obtendrá una cita según sus necesidades médicas. Se le concederá una cita dentro de los siguientes plazos:

Tipo de cita	**Plazo para obtener la cita**
Consulta de rutina	Dentro de cinco (5) semanas Para bebés menores de 6 meses: dentro de dos (2) semanas
Consulta que no sea de urgencia	Dentro de tres (3) días calendario
Consulta de urgencia	Dentro de un (1) día hábil
Consulta de emergencia	Inmediatamente (durante las 24 horas, los 7 días de la semana y sin autorización previa)
Mujeres embarazadas	
Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Cada dos (2) semanas Todas las semanas Tres (3) días
Cobertura fuera de horario	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Tiempos de espera del consultorio	Dentro de una (1) hora de la cita programada

Es importante permanecer dentro de la red para recibir atención y servicios. Para los siguientes servicios, puede obtener una aprobación previa para consultar a proveedores fuera de la red:

- Consultas de bienestar
- Servicios preventivos
- Inmunizaciones
- Servicios de emergencia
- Servicios de atención de urgencia
- Servicios con consentimiento de menores (atención por agresión sexual, atención durante el embarazo, planificación familiar y servicios para enfermedades de transmisión sexual)
- Pruebas de VIH
- Aborto

Atención de urgencia

La atención de urgencia es para problemas de salud que requieren atención de inmediato, pero que no ponen en peligro la vida. Algunos ejemplos de atención de urgencia incluyen los siguientes:

- Cortes y raspones leves
- Resfriados
- Fiebre
- Dolor de oído

Si necesita atención de urgencia, llame primero a su PCP. O bien, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m. para obtener ayuda sobre dónde acudir para recibir atención.

Atención de emergencia

Una afección médica de emergencia es una situación muy grave. Incluso podría poner en peligro la vida. Usted puede sufrir dolores, lesiones o enfermedades graves. Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

- Ataque cardíaco
- Sangrado grave
- En caso de intoxicación.
- Dificultad para respirar
- Huesos rotos.

Qué hacer en caso de una emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana. Puede acudir a cualquier hospital u otro departamento de emergencias.
- Llame al **911**.
- Llame a una ambulancia si no hay servicio de **911** en su área.

No se requiere remisión ni autorización previa para la atención de emergencia. Sin embargo, debe llamarnos en un plazo de 48 horas después de recibir la atención de emergencia.

Atención hospitalaria

Si debe acudir al hospital por una emergencia, no necesita ninguna autorización previa. Otros servicios hospitalarios requieren autorización previa, pero el hospital se encargará de obtenerla.

Atención de posestabilización

El miembro recibe atención de posestabilización una vez que está estable después de una emergencia médica. Cubrimos estos servicios, los cuales pueden prestarse en el hospital o en el consultorio médico. Para obtener una lista de proveedores o centros que ofrecen estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Servicios cubiertos

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios adecuados. Verificaremos si el servicio que necesita está cubierto. Si se trata de un beneficio cubierto, nuestro personal de enfermería revisará las notas médicas y hablará con su médico para asegurarse de que sea médicamente necesario. Los criterios de necesidad médica están disponibles en nuestro sitio web.

Aetna Better Health of Illinois no realiza lo siguiente:

- Recompensar a los proveedores por reducir la atención o los servicios.
- Recompensar a alguien por denegar un servicio.
- Ofrecer incentivos que provoquen una infrautilización de los servicios.

Algunos servicios requieren autorización previa. El proveedor se encargará de las autorizaciones previas; usted no tiene que hacer nada. Los servicios de atención de emergencia, salud conductual y abuso de sustancias no requieren autorización previa. Tampoco es necesaria para los servicios de exención aprobados para personas con discapacidad, de edad avanzada, que se encuentren en centros de vida asistida o con lesiones cerebrales, así como miembros de los servicios de exención por VIH/SIDA.

No necesita remisiones para consultar a especialistas, pero es posible que quiera consultar primero a su PCP. El PCP puede ayudar a coordinar las remisiones a especialistas, hospitales y otros proveedores. No necesita una remisión para recibir tratamiento de salud conductual o por abuso de sustancias. Nuestros directores médicos con frecuencia revisan medicamentos, dispositivos y servicios descubiertos recientemente para incluirlos como beneficios cubiertos.

Si necesita asesoramiento médico, llame a la línea de enfermería las 24 horas al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Los enfermeros certificados están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas relacionadas con la salud.

Servicios médicos cubiertos

La siguiente es una lista de algunos de los servicios médicos cubiertos por Aetna Better Health of Illinois:

- Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por la MCO) utilizando su tarjeta médica del HFS
- Servicios de enfermería de prácticas avanzadas
- Servicios en un centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio
- Dispositivos de asistencia/mejora de la comunicación
- Servicios de audiología
- Sangre, componentes de la sangre y su administración
- Pruebas de detección de cáncer (según lo recomendado)
- Servicios de quiropráctica
- Servicios dentales, incluida la atención de cirujanos dentales
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para los miembros menores de veintiún (21) años
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Centros de salud con calificación federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC), centros de salud mental comunitarios (CMHC) y otros
- Visitas a agencias de atención médica a domicilio
- Visitas al departamento de emergencias del hospital
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Suministros médicos, equipos, prótesis y órtesis
- Servicios de salud mental
- Atención de enfermería
- Servicios en centros de atención de enfermería
- Servicios y suministros ópticos
- Servicios de optometría
- Servicios de hospicio y paliativos
- Servicios de farmacia
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

- Servicios médicos
- Servicios de podiatría
- Servicios de posestabilización
- Servicios de diálisis renal
- Equipos y suministros respiratorios
- Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud
- Servicio por alcoholismo y abuso de sustancias subagudos
- Trasplantes
- Transporte a los servicios cubiertos seguros

Para obtener una lista completa de los servicios y requisitos de autorización previa, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Cada vez que reciba servicios médicos, puede iniciar sesión en su cuenta para saber cómo se pagó la reclamación. Allí se explican los servicios que recibió, cuánto costaron y cuánto pagamos nosotros. Además, puede imprimir la información si desea tener una copia. Si considera que no ha recibido algún servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Programa Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico

El Programa Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico es un programa de salud preventiva para todos los miembros menores de 21 años. Cubre los controles de atención preventiva sin costo alguno para usted. También cubre el costo del tratamiento de cualquier problema detectado durante el control. El programa EPSDT también permite detectar y tratar de manera temprana los posibles problemas de salud que puedan surgir.

¿Qué es el programa EPSDT?

Temprano: realizar el control de la salud del menor a tiempo para detectar y tratar posibles problemas de salud.

Periódico: asegurarse de controlar la salud del menor en intervalos regulares para que se mantenga sano. Esto incluye exámenes, pruebas de detección y vacunas en las edades apropiadas.

Detección: los exámenes médicos, dentales, de la vista y de la audición están cubiertos por este programa.

Diagnóstico: evaluación necesaria si una prueba o examen detecta algún problema con la salud de su hijo.

Tratamiento: servicios que controlarán, corregirán o mejorarán los problemas de salud detectados.

El programa EPSDT cubre lo siguiente:

- Controles médicos.
- Examen físico general y evaluación del crecimiento y desarrollo de su hijo.
- Evaluación de la salud mental/conductual de su hijo.
- Evaluación de la nutrición de su hijo.
- Pruebas de laboratorio, incluida la prueba de detección de plomo.
- Vacunas cuando sean necesarias.
- Exámenes de la vista, diagnóstico y tratamiento, incluidos los anteojos.
- Exámenes y servicios de audición, diagnóstico y tratamiento, incluidos los audífonos.
- Remisiones a otros servicios médicamente necesarios.
- Servicios dentales, que incluyen el tratamiento para el dolor y las infecciones, la restauración de los dientes y el mantenimiento de la salud dental.
- Tratamiento médicamente necesario para tratar cualquier problema que se encuentre durante una visita de control del niño sano (algunos de estos servicios pueden requerir autorización previa).

¿Con qué frecuencia mi hijo debería someterse a controles de bienestar y otras pruebas de detección?

El cronograma de exámenes para niños y adultos jóvenes se muestra a continuación. Es importante seguir este cronograma incluso si su hijo no está enfermo. Su proveedor le ayudará a programar las citas de su hijo. Los bebés y los niños pequeños necesitan varias consultas al año, mientras que los niños de entre 3 y 20 años solo necesitan una consulta anual.

Cronograma de exámenes recomendado

Menos de 1 año	De 1 a 3 años
En las 24 horas siguientes al nacimiento en el hospital	12 meses
De 3 a 5 días de vida	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses
4 meses	30 meses
6 meses	**De 3 a 20 años**
9 meses	Anualmente

¿Qué hará el médico durante el examen de EPSDT?

Su proveedor les hará preguntas a usted y a su hijo, realizará pruebas y comprobará cuánto ha crecido su hijo. Según la edad y las necesidades del niño, estos son algunos de los servicios que puede esperar durante el examen:

- Examen físico completo
- Inmunizaciones
- Examen de la vista
- Examen de audición
- Prueba de detección de autismo
- Prueba de detección de tuberculosis
- Examen de salud bucal
- Control de la presión arterial
- Educación sobre salud y seguridad
- Verificación del índice de masa corporal (IMC) del niño
- Detección o asesoramiento sobre el consumo de tabaco y alcohol y el abuso de sustancias a partir de los 11 años
- Prueba de análisis de orina
- Prueba de detección de plomo en sangre

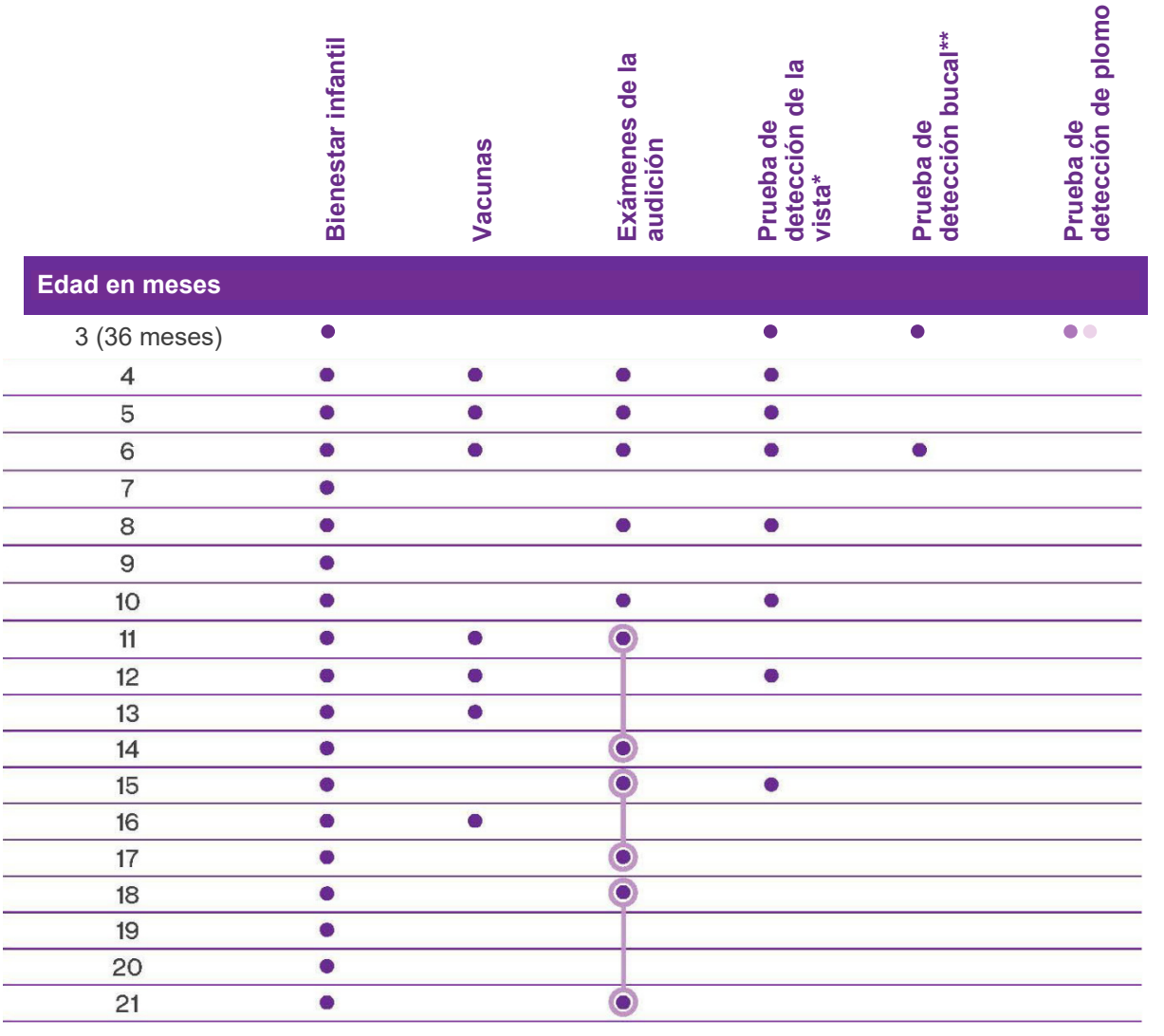
Exámenes del cronograma de periodicidad de EPSDT

Edad en meses	Bienestar infantil	Vacunas	Exámenes de la audición	Prueba de detección de la vista*	Prueba de detección bucal**	Prueba de detección de plomo
1	●	●				
2	●	●				
4	●	●				
6	●	●			●	●
9	●	●			●	●
12	●	●				●
15	●	●			●	●
18	●	●			●	●
24	●				●	●
30	●				●	

● ● La ciudad de Chicago exige que se realice un análisis de sangre a los 6, 18 y 36 meses de edad. O bien, a los 9, 15 y 36 meses de edad, además de la prueba de detección de plomo estándar a los 12 y 24 meses de edad.

* Se recomienda que todos los niños se sometan a una prueba de detección formal de la vista como parte de sus visitas de supervisión de la salud desde los 3 hasta los 6 años, y luego a los 8, 10, 12 y 15 años de edad.

** Si bien los médicos deben remitir a los niños a un centro dental para que reciban atención dental preventiva periódica y de rutina, la iniciativa Bright Future de la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que las evaluaciones de salud bucal comiencen a los 6 meses y continúen en las consultas de bienestar infantil a los 9, 12, 18, 24, 30 y 36 meses de edad, y a los 6 años.



La ciudad de Chicago exige que se realice un análisis de sangre a los 6, 18 y 36 meses de edad. O bien, a los 9, 15 y 36 meses de edad, además de la prueba de detección de plomo estándar a los 12 y 24 meses de edad.

Los exámenes se deben realizar al menos una vez durante el período indicado.

* Se recomienda que todos los niños se sometan a una prueba de detección formal de la vista como parte de sus visitas de supervisión de la salud desde los 3 hasta los 6 años, y luego a los 8, 10, 12 y 15 años de edad.

** Si bien los médicos deben remitir a los niños a un centro dental para que reciban atención dental preventiva periódica y de rutina, la iniciativa Bright Future de la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que las evaluaciones de salud bucal comiencen a los 6 meses y continúen en las consultas de bienestar infantil a los 9, 12, 18, 24, 30 y 36 meses de edad, y a los 6 años.

Cómo obtener una tarjeta médica y un proveedor de atención primaria (PCP) para su bebé:

¿Tiene una tarjeta médica?	
SÍ	**NO**
El Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS) de Illinois recomienda que añada a su bebé a su tarjeta médica en un plazo de 45 días desde su nacimiento. Para realizar esto, puede hacer lo siguiente: • Pídale al hospital que lo añada. • **O bien,** llame a Solicitud para la elegibilidad de beneficios (ABE) al **1-800-843-6154 (TTY: 1-800-447-6404).** • **O bien,** visite su centro de recursos familiares y comunitarios (FCRC) local. **Para tener en cuenta:** HFS no puede pagar las facturas médicas de su bebé hasta que no lo haya añadido a su tarjeta médica.	El HFS de Illinois le recomienda que solicite una tarjeta médica para su bebé en un plazo de 45 días desde su nacimiento. Para realizar esto, puede hacer lo siguiente: • Pídale al hospital que lo añada. • **O bien,** llame a Solicitud para la elegibilidad de beneficios (ABE) al **1-800-843-6154 (TTY: 1-800-447-6404).** • **O bien,** visite su centro de recursos familiares y comunitarios (FCRC) local. Lo mejor es solicitar una tarjeta médica para su bebé en un plazo de 45 días desde su nacimiento.

Una vez que su bebé tenga la tarjeta médica, quedará automáticamente inscrito en el plan de atención médica. Si necesita ayuda, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** o visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Servicios cubiertos basados en el hogar y la comunidad

La siguiente es una lista de algunos de los servicios y beneficios que Aetna Better Health of Illinois cubre para los miembros que han sido considerados elegibles para las exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad.

Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DoA)

Para personas de edad avanzada:

- Servicio diurnos para adultos
- Transporte de servicio diurno para adultos
- Persona para tareas domésticas
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)
- Dispensador automático de medicamentos (AMD)

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Para la exención para personas con discapacidad o la exención para personas con VIH/SIDA:

- Servicios diurnos para adultos
- Transporte de servicio diurno para adultos
- Adaptaciones para la accesibilidad en el hogar
- Auxiliar de atención médica a domicilio
- Enfermería (intermitente)
- Enfermería especializada (enfermeros registrados [RN] y enfermeros auxiliares certificados [LPN])
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia del habla
- Persona para tareas domésticas
- Entrega de comidas a domicilio
- Asistente personal
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)
- Atención de relevo
- Equipos y suministros médicos especializados

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Para personas con lesión cerebral:

- Atención diurna para adultos
- Adaptaciones para accesibilidad al entorno
- Empleo asistido
- Proveedores individuales
- Auxiliar de atención médica a domicilio
- Enfermería
- Enfermería en forma intermitente
- Servicios de terapia del plan estatal ampliado (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla)
- Servicios prevocacionales
- Habilitación de día
- Persona para tareas domésticas
- Entrega de comidas a domicilio
- Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)
- Atención de relevo
- Equipo médico especializado
- Terapias cognitivas conductuales

Programa de vida asistida

- Servicios de vida asistida

El Programa de vida asistida (SLP) es una alternativa a la atención en un hogar de convalecencia para personas mayores de bajos ingresos y personas con discapacidades físicas con Medicaid. Al ofrecer atención personal y otros servicios, los residentes pueden vivir de forma independiente y participar en la toma de decisiones. El SLP brinda servicios de vida asistida a personas de 65 años o más y a personas con discapacidades físicas de 22 a 64 años que cumplen con el nivel de atención de un centro de atención de enfermería.

Servicios y apoyos administrados a largo plazo

Los servicios cubiertos para los miembros inscritos en el programa de servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) incluyen los siguientes:

- Determinados servicios de salud mental para pacientes externos, como terapia grupal e individual, asesoramiento, tratamiento comunitario, control de medicamentos y más
- Determinados servicios para pacientes externos por abuso de alcohol y sustancias, como terapia grupal e individual, asesoramiento, rehabilitación, servicios con metadona, control de medicamentos y más
- Algunos servicios de transporte para acudir a las citas
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados e intermedios
- Todos los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, como los mencionados anteriormente en Servicios cubiertos basados en el hogar y la comunidad, en caso de reunir los requisitos

Para obtener ayuda y hacer preguntas, los miembros de MLTSS pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-316-7562 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Servicios cubiertos limitados

Aetna Better Health of Illinois puede cubrir servicios de esterilización solo en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales. Si cubrimos una histerectomía, completaremos el Formulario 1977 del HFS y lo archivaremos en los registros médicos del miembro.

Servicios no cubiertos

A continuación, encontrará algunos de los servicios y beneficios médicos que no cubre Aetna Better Health of Illinois:

- Servicios de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red y sin autorización del plan de salud.
- Servicios proporcionados sin la necesidad de una remisión ni autorización previa.
- Cirugía estética opcional.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos relacionados con los servicios por infertilidad o esterilidad, financiados a través del fondo de compensación de Medicaid para servicios de rehabilitación juvenil.
- Servicios de intervención temprana, incluida la administración de la atención, proporcionados de conformidad con la Ley del Sistema de Servicios de Intervención Temprana.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Servicios proporcionados mediante agencias educativas locales.
- Servicios o productos suministrados con el fin de causar o propiciar la muerte del inscrito, como el suicidio asistido, la eutanasia o el homicidio piadoso, excepto en los casos permitidos por la Ley Pública 105-12, Sección 3(b), que se incorpora en la Sección 1903(i)(l6) de la Ley del Seguro Social.
- Servicios para los que el contratista utiliza cualquier parte de un pago de capitación para financiar carreteras, puentes, estadios o cualquier otro producto o servicio que no sean servicios cubiertos.

Para obtener más información sobre los servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Servicios dentales

Los miembros menores de 21 años cuentan con cobertura para los siguientes servicios dentales:

- Limpiezas dentales (1 cada 6 meses)
- Servicios dentales proporcionados en programas dentales escolares
- Exámenes bucales (1 cada 12 meses)
- Tratamientos con flúor (hasta 3 cada 12 meses para menores de 3 años; 1 cada 6 meses, de 3 a 20 años)
- Cirugía bucal

Los miembros mayores de 21 años cuentan con cobertura para los siguientes servicios dentales:

- Limpiezas dentales (1 por año)
- Exámenes bucales periódicos (1 por año)
- Restauraciones
- Dentaduras postizas completas
- Coronas
- Extracciones
- Anestesia

Las mujeres embarazadas elegibles pueden obtener estos servicios dentales adicionales ANTES del nacimiento de sus bebés:

- Limpieza dental (1 cada 6 meses)
- Exámenes bucales periódicos (1 cada 6 meses)
- Trabajo periodontal

Todos los miembros cuentan con cobertura para los servicios dentales de emergencia. Todos los servicios dentales deben ser médicamente necesarios. Puede requerirse autorización previa para los servicios dentales. Debe acudir a un dentista dentro de la red. Puede buscar un dentista en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Servicios de la vista

Los miembros pueden obtener los siguientes servicios de la vista:

- **Examen de la vista**: un (1) examen integral de la vista por año realizado por optometristas y oftalmólogos dentro de la red.
- **Marcos**: los miembros pueden obtener anteojos nuevos cada 24 meses. Puede hacer lo siguiente:
  - Elegir marcos estándar de Aetna Better Health of Illinois sin costo alguno.
  - Usar la asignación de $100 para adquirir anteojos en una tienda minorista. Si los anteojos que elige cuestan más de $100, deberá pagar el saldo restante de su bolsillo. *Puede elegir anteojos O lentes de contacto.*
- **Lentes**: si se cumplen determinados requisitos en cuanto a la receta, los lentes monofocales y bifocales tienen cobertura total.
- **Lentes de contacto**: la tarifa de adaptación está totalmente cubierta, y los miembros disponen de $80 para el costo de los lentes de contacto cada 24 meses. Si los lentes que elige cuestan más de $80, los miembros deben pagar el saldo restante de su bolsillo. *Puede elegir anteojos O lentes de contacto.*
- Se cubren los servicios de la vista a los niños que están inscritos y reciben asistencia de las Escuelas Públicas de Chicago (CPS) y sus proveedores.

Para los servicios de la vista, debe acudir a un proveedor de atención de la vista dentro de la red. Para buscar un proveedor de atención de la vista dentro de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. O bien, consulte "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en línea en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Servicios de farmacia

Aetna Better Health of Illinois cubre una variedad de medicamentos con receta. La lista de medicamentos cubiertos se denomina Lista de medicamentos preferidos (PDL). Puede encontrar la PDL en nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, y le enviaremos una copia impresa por correo. La lista de medicamentos cubiertos puede cambiar ocasionalmente, pero le informaremos si algún medicamento que toma deja de figurar en esta. Si necesita un medicamento que no figura en la PDL, el proveedor puede solicitar una revisión.

Contamos con muchas farmacias en nuestra red de proveedores. Puede obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación a la farmacia. Puede retirar sus medicamentos en alguna de nuestras 1,900 farmacias.

Es posible que no se cubran los medicamentos con receta que se obtengan en farmacias fuera del estado. Para buscar una farmacia dentro de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. O bien, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid** y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor). Luego, desplácese hacia la parte inferior y haga clic en “Find a Pharmacy Provider” (Buscar un proveedor de farmacia).

Puede obtener información de farmacia en nuestro sitio web, como la siguiente:

- Lista de medicamentos preferidos (PDL).
- Medicamentos que requieren autorización previa y criterios de cobertura aplicables.
- Una lista y explicación de los medicamentos que tienen límites o cuotas.
- Requisitos de copago y coseguro, y los medicamentos o las clases a los que se aplican.
- Procedimientos para la obtención de autorización previa clínica o PDL, sustitución de medicamentos genéricos, cambio de marca preferida.
- Información sobre el uso de procedimientos de gestión farmacéutica.
- Criterios utilizados para evaluar nuevos medicamentos para su inclusión en el formulario.
- Una descripción del proceso para solicitar una excepción de cobertura de medicamentos.

Información sobre farmacias especializadas

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones médicas, como cáncer, artritis y otras enfermedades. Incluyen medicamentos inyectables que se administran en su hogar o en el consultorio médico. El médico le indicará si necesita medicamentos especializados y obtendrá nuestra autorización previa. Puede obtener los medicamentos con receta en CVS Specialty Pharmacy o en cualquiera de las demás farmacias especializadas dentro de la red.

Medicamentos de mantenimiento
Le ofrecemos otra forma de obtener sus medicamentos: nuestro programa de medicamentos de mantenimiento. Puede obtener un suministro para 90 días (suministro para tres meses) de los medicamentos que toma a diario en la mayoría de las farmacias dentro de la red o pueden entregárselos en su hogar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** para obtener más información o registrarse para la entrega de medicamentos.

Beneficio de productos de venta libre
Aetna Better Health of Illinois le proporciona una asignación mensual de **$25** por grupo familiar para gastar en productos de cuidado de la salud de venta libre (OTC). Reciba los productos directamente en su hogar, sin gastos de envío, o retírelos en una de las tiendas CVS Pharmacy® más cercanas. Para obtener más información, visite **CVS.com/otchs/ABHILMedicaid**.

Beneficios fuera de la red

Por lo general, su plan no cubre la atención de rutina que no sea de emergencia (servicios cubiertos) de proveedores que no formen parte de la red de proveedores de Aetna Better Health of Illinois. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que necesite atención de rutina que nuestra red de proveedores no puede proporcionarle. En ese caso, podrá recibir cobertura de un proveedor que no pertenezca a la red (proveedor no participante) únicamente en las siguientes circunstancias:

(1) La atención es médicamente necesaria (según lo determine Aetna Better Health of Illinois).
(2) No hay proveedores de la red de Aetna Better Health of Illinois que puedan prestar el mismo servicio.

Tenemos derecho a decidir el lugar donde se puede prestar la atención o el servicio, y debe tener autorización previa. Esto significa que usted o su proveedor deben comunicarse con nosotros antes de la consulta para que esté cubierta.

Recordatorio: Los servicios de emergencia siempre están cubiertos y no requieren autorización previa.

Costos compartidos

En el programa Health*Choice* Illinois, Aetna Better Health of Illinois no tiene costos compartidos, excepto para aquellos miembros que deban destinar cada mes sus activos y el excedente de ingresos en gastos calificados para seguir siendo elegibles para Medicaid. El estado determina los montos de responsabilidad económica del paciente en función de los ingresos. Nosotros deducimos estos montos del reembolso.

Servicios de transporte

Aetna Better Health of Illinois ofrece transporte gratuito para acudir a las citas y a la farmacia directamente después de la cita médica. Si necesita transporte, llámenos al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** con al menos dos (2) días hábiles de anticipación, y lo organizaremos para usted. Si es necesario, puede llevar un acompañante a las citas.

Los beneficios de transporte incluyen lo siguiente:

- Transporte público.
- Servicio puerta a puerta cuando sea necesario.
- Transporte adaptado para sillas de ruedas conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
- Reembolso de millas.
- Los miembros que viajen solos deben tener 16 años o más. Si un miembro tiene al menos 12 años, se necesita una exención de los padres para que viaje solo.
  - Todos los miembros menores de 12 años deben ir acompañados por un adulto mayor de 18 años.

Le proporcionaremos el medio de transporte que mejor se adapte a sus necesidades. Esto se basará en la distancia desde su domicilio hasta el consultorio del proveedor, las necesidades de accesibilidad y la asequibilidad. Le haremos algunas preguntas, como las siguientes, para determinar cuál es la mejor opción de transporte para usted:

- ¿Puede utilizar el transporte público?
- ¿Puede caminar desde la puerta de su casa hasta el vehículo con poca o ninguna ayuda?
- ¿Utiliza algún dispositivo, como andador, bastón, silla de ruedas, etc.?
- ¿Suele viajar solo o necesita que alguien le ayude?

Beneficios de valor agregado

Entendemos que hay muchos factores que pueden afectar la salud de una persona. Aetna Better Health of Illinois ofrece programas y servicios adicionales gratuitos para ayudarle a cuidar su salud y bienestar generales.

Membresía de gimnasio
Los miembros elegibles pueden recibir membresías mensuales en gimnasios participantes. A partir de los 13 años, pueden recibir una membresía digital; los mayores de 18 años pueden recibir una membresía digital o en persona.

Apoyo para el control del peso
Los miembros elegibles mayores de 18 años pueden acceder a apoyo para el control del peso de manera virtual.

Entrega de comestibles
Los miembros elegibles mayores de 18 años pueden obtener un vale para cubrir los cargos de los servicios de entrega a domicilio de comestibles participantes.

Apoyo nutricional
Los miembros elegibles mayores de 18 años pueden recibir servicios de asesoramiento de nutrición. También puede recibir asistencia alimentaria.

Ropa para niños
Los miembros elegibles de kindergarten a 12.º grado (de 5 a 18 años) pueden obtener una tarjeta de regalo para el uniforme escolar todos los años.

Productos básicos para bebés
Las miembros embarazadas elegibles pueden elegir un asiento para el vehículo, una silla alta o un corralito más un bolso para pañales.

Diaper Club
Los miembros elegibles pueden recibir un vale de hasta $45 al mes para gastar en pañales para cada niño de 2.5 años (30 meses) y menores.

Apoyo de salud conductual
Los miembros elegibles mayores de 12 años pueden acceder a apoyo para el bienestar de la salud conductual de manera virtual.

Apoyo educativo
Los miembros elegibles de 18 años en adelante pueden recibir capacitación profesional, desarrollo de habilidades y apoyo con el Diploma de equivalencia general (GED).

Actividades saludables para niños
Los miembros elegibles pueden obtener un vale para cubrir los cargos por actividades saludables como las ligas de deporte y programas extracurriculares.

Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso si busca ayuda. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas.

Para ver las calificaciones para elegibilidad, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid/Whats-Covered**. Para obtener sus beneficios de valor agregado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Recompensas de Aetna Better Care

Recompensas de Aetna Better Care® es un programa que le permite ganar recompensas por realizar actividades saludables. Las actividades incluyen exámenes de bienestar, inmunizaciones y pruebas de detección de cáncer. Use su tarjeta de recompensas para comprar de manera presencial y en línea en tiendas minoristas participantes.

Si utiliza este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) exige que se declare como ingreso si busca ayuda. Comuníquese con la oficina local del HUD si tiene preguntas.

Para obtener una lista completa de las actividades saludables y las recompensas, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid/Rewards-Program**.

Beneficio mensual de $25 para productos de venta libre (OTC)

Debe tener todo lo que necesita para ayudarle a sentirse lo mejor posible. Por eso trabajamos con CVS Health® para brindarle $25 mensuales para productos alimenticios y suministros de salud de venta libre (OTC). Incluso se los podemos enviar sin costo adicional.

Para obtener más información y ver el catálogo de OTC, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid/OTC-benefit**.

Programa de trabajadores de salud comunitarios

El Programa de trabajadores de salud comunitarios es un equipo que proporciona educación, asesoramiento y apoyo a nuestros miembros. Le ayudan a controlar su salud y a recibir la atención que necesita. El equipo está formado por representantes capacitados que brindan apoyo presencial. Nuestros trabajadores de salud comunitarios pueden visitar a los miembros en sus hogares, en un centro de atención médica o en la comunidad.

Además, el equipo puede ayudar a los miembros a encontrar recursos en la comunidad, como vivienda, alimentos, servicios públicos y de transporte. Los trabajadores de salud comunitarios harán lo siguiente:

- Ayudarle a encontrar un proveedor o PCP
- Ayudarle a programar una cita con su PCP, un especialista o los servicios de salud conductual
- Explicar sus beneficios de salud y cómo obtener atención rápidamente
- Proporcionar educación y asesoramiento para ayudarle a comunicarse mejor con los proveedores y comprender su salud
- Encontrar apoyo en la comunidad, por ejemplo, alimentos, refugio, transporte y programas de salud
- Visitarle en su hogar, en un centro de atención médica o en la comunidad
- Organizar eventos para miembros con el fin de conocerse personalmente

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Servicio gratuito de telefonía móvil

Sabemos lo importante que es mantenerse en contacto con la atención médica, los trabajos, los servicios de emergencia y la familia. Por eso, nos asociamos con el servicio de Assurance Wireless Lifeline. Los miembros elegibles obtienen los siguientes beneficios:

- Llamadas, mensajes de texto y datos mensuales GRATIS.
- Traiga su propio teléfono o compre un teléfono de bajo costo.
- Factura de teléfono celular de $0.
- Sin verificaciones de crédito, contratos anuales ni tarifas de activación.

Usted puede reunir los requisitos para el servicio de Assurance Wireless Lifeline si participa en ciertos programas de asistencia pública, como Medicaid o el Programa de asistencia de nutrición suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Para solicitar este servicio u obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m.

Coordinación de la atención

Como miembro de Aetna Better Health of Illinois, puede trabajar con un coordinador de atención para ayudar a administrar sus necesidades de atención médica. Si desea recibir atención, se le asignará un coordinador de atención del hogar de salud integrada o de la MCO. Le ayudará a administrar la atención mediante lo siguiente:

- Contacto frecuente con usted o su cuidador, y con los proveedores de salud
- Una evaluación de sus afecciones
- Definición de planes de atención, y de objetivos a corto y largo plazo
- Coordinación de servicios para obtener la atención necesaria

El coordinador de atención también hará lo siguiente:

- Responder preguntas sobre sus beneficios y los posibles tratamientos necesarios
- Ayudarle a cubrir sus necesidades de salud mediante sus conocimientos del sistema de atención médica
- Ayudar con las remisiones a centros de atención médica
- Ayudar a conectarlo con recursos comunitarios

El proceso de coordinación de la atención es confidencial. La información solo se comparte cuando es necesario para ayudar a planificar la atención y pagar debidamente las reclamaciones. Proporcionamos servicios éticos de coordinación de la atención basados en la Declaración sobre Ética y Estándares de Práctica de la Comisión para la Administración de Casos (CCMC) y la Sociedad de Administración de la Atención de Estados Unidos (CMSA). La información sobre nuestras políticas y estándares de ética para la administración de la atención se encuentra disponible. Para obtener más información o solicitar un coordinador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Los miembros pueden ser referidos al programa de coordinación por parte de nuestros programas de administración médica, planificadores de altas, miembros, cuidadores, proveedores y más. En el caso de una recomendación de miembros, llame al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Los miembros de Aetna Better Health of Illinois con ciertas afecciones son inscritos automáticamente en el programa de coordinación de la atención. El objetivo principal de nuestro programa de coordinación de la atención es ayudar a los miembros y a sus cuidadores a comprender mejor sus afecciones, actualizarlos con información nueva y ayudarlos a controlar su enfermedad. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**. *Los miembros que no deseen participar pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros para cancelar su inscripción en el programa en cualquier momento.*

Aetna Better Health of Illinois 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.

Programas de control de enfermedades y administración de la salud

Sabemos que administrar su salud puede ser un desafío. Si padece o corre el riesgo de padecer alguna de las afecciones médicas que se indican a continuación, llame a Aetna Better Health of Illinois para que podamos inscribirlo en nuestros programas de control de enfermedades o administración de la salud. Estos programas son gratuitos para nuestros miembros.

- **Programa para la diabetes**: información, recursos y administración de la atención para ayudar a los miembros a controlar la diabetes.
- **Programa para enfermedades cardíacas**: administración de la atención e información para ayudar con los problemas relacionados con el corazón.
- **Programa para el asma**: servicios de administración de la atención para el asma con el fin de ayudarle a elaborar un plan de atención que contribuya a mantenerse sano.
- **Otras necesidades de atención médica**: contamos con profesionales médicos capacitados que pueden ayudar a nuestros miembros a administrar necesidades complejas o especiales. Llámenos si desea recibir ayuda con su enfermedad o afección.
- **Maternity Matters**: tenemos un programa especial para mujeres embarazadas. Este programa puede ayudarla a cuidar de sí misma y a su bebé durante el embarazo y después del parto. Le podemos proporcionar información por correo, teléfono, correo electrónico y a través de nuestro sitio web. Nuestro personal puede responder sus preguntas y ayudarla si tiene algún problema. Podemos ayudar con las citas prenatales y posparto, e incluso organizar una consulta en el hogar, en caso de ser necesario.

  Es importante que consulte a su médico en cuanto sepa que está embarazada. Es posible que le indique que realice seis o más consultas durante el embarazo. Asegúrese de acudir a todas las citas.
- **Programa de restricción de beneficiarios**: Aetna Better Health of Illinois, en asociación con el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS), cuenta con un programa de bloqueo de farmacia para los miembros que

reúnen los requisitos. Este programa ayuda a los miembros a colaborar con una farmacia o proveedor para obtener sus medicamentos. Esto puede ayudar a detectar cualquier error con respecto a los medicamentos.

Para obtener más información sobre los programas de manejo de enfermedades, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Administración de uso

Nuestro programa de administración de uso (UM) garantiza que usted reciba la atención adecuada en el lugar adecuado cuando la necesite. El personal de UM puede ayudarle a usted y a sus médicos a tomar decisiones sobre su atención médica. Cuando tomamos decisiones, es importante que recuerde lo siguiente:

- Para tomar decisiones de UM, analizamos sus beneficios y las pautas clínicas para brindar la atención y el servicio más adecuados. Consideramos sus necesidades, la práctica basada en la evidencia y la disponibilidad de atención. También debe tener cobertura activa.
- No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar cobertura o atención.
- Nuestros empleados no reciben ningún incentivo para disminuir los servicios que usted recibe.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).** Si necesita traducción o asistencia lingüística, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Programa de calidad

Aetna Better Health of Illinois quiere que los miembros reciban atención médica de alta calidad. El Programa de calidad se asegura de que usted reciba una atención segura y eficaz, y de que se cubran sus necesidades de atención médica. Estamos acreditados por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para asegurarnos de que seguimos cumpliendo las normas nacionales.

Algunos servicios del Programa de calidad incluyen lo siguiente:

- Contacto por teléfono, mensajes de texto y correo electrónico con los miembros que deben recibir servicios de atención médica preventiva o crónica.
- Envíos por correo de recordatorios de exámenes de salud.
- Iniciativas de administración de la salud de la población, como programas para la vacunación infantil, el embarazo, la diabetes y la salud conductual que abordan las necesidades de salud específicas de nuestros miembros.

Encuestas de satisfacción de los miembros
Su satisfacción con el plan de salud es muy importante para nosotros. Es posible que reciba una encuesta por correo, teléfono o mensaje de texto con preguntas sobre su experiencia con los servicios que recibe. Tómese su tiempo para responder; valoramos su opinión. Esto nos ayudará a mejorar los servicios que proporcionamos y su experiencia general de atención médica.

Pautas para la práctica clínica
El Programa de calidad revisa los servicios prestados a los miembros mediante pautas nacionales para la práctica clínica. Estas pautas ayudan a los médicos y miembros a tomar decisiones sobre la salud y el tratamiento. Si desea recibir una copia de estas pautas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Nuevas tecnologías
Contamos con un equipo de médicos que analizan nuevos tratamientos para personas con determinadas enfermedades basándose en la información de agencias científicas nacionales. Cuando Medicaid de Illinois cubre nuevos tratamientos, esta información se comparte con nuestra red de proveedores. Esto les permite a nuestros médicos proporcionarle los mejores y más recientes tipos de atención. Para obtener más información sobre nuestro Programa de calidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Instrucciones anticipadas

Una instrucción anticipada es una decisión por escrito que usted toma en relación con su atención médica en caso de que en algún momento se enferme de tal manera que no pueda tomar una decisión en ese momento. En Illinois, existen cuatro tipos de instrucciones anticipadas:

- **Poder para la atención médica:** Le permite elegir a una persona para que tome las decisiones sobre su atención médica si está demasiado enfermo para decidir por sí mismo. Puede completar el formulario de Poder para la atención médica de Illinois que encontrará en el sitio web del Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Illinois, en **ilaging.illinois.gov/resources/newspublicationsandreports/legal-forms.html**. También, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.
- **Testamento vital:** Les indica a su médico y a otros proveedores el tipo de atención que desea recibir si padece una enfermedad terminal, es decir, que no mejorará.
- **Preferencia sobre salud mental:** Le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarle.
- **Orden de no reanimar (DNR):** Le indica a su familia y a todos los médicos y demás proveedores lo que usted desea hacer en caso de que su corazón o su respiración se detengan.
- **Poder para administrar bienes:** En Illinois, toda persona tiene derecho a elegir a alguien que tome decisiones por ella sobre sus bienes y sus finanzas.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas consultando a Aetna Better Health of Illinois o a su médico. Si ingresa en el hospital, es posible que le pregunten si tiene instrucciones anticipadas. No es obligatorio tenerlas para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales lo recomiendan. Puede elegir una o varias de estas instrucciones anticipadas, y anularlas o modificarlas en cualquier momento.

Hable con su PCP sobre el proceso de toma de decisiones para realizar el testamento vital o la instrucción anticipada. Juntos podrán tomar decisiones que le darán tranquilidad. Una vez que haya completado la instrucción anticipada, Aetna le recomienda que le pida a su PCP que incluya el formulario en su expediente. Si alguna vez lo necesita o lo desea, puede modificar la instrucción anticipada en cualquier momento. Debe asegurarse de que los demás sepan que tiene una instrucción anticipada. También puede optar por designar a alguien mediante un poder de representación médica. Esa persona también debe conocer su instrucción anticipada o testamento vital. Con una instrucción anticipada, puede asegurarse de recibir la atención que desea en caso de que en algún momento no pueda facilitar la información.

Aetna Better Health of Illinois no llevará a cabo tareas relacionadas con la recuperación de bienes. El Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois es el único responsable de las tareas relacionadas con la recuperación de bienes, y retendrá todos y cada uno de los fondos recuperados por medio de estas tareas.

Quejas y apelaciones

Queremos que esté conforme con los servicios que recibe de Aetna Better Health of Illinois y de nuestros proveedores. Si no lo está, usted puede presentar una queja o apelación.

Quejas

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea un servicio o producto denegado, reducido o cancelado.

Aetna Better Health of Illinois toma las quejas de los miembros muy en serio. Queremos saber qué no está bien para que podamos mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja acerca de un proveedor o de la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. Aetna Better Health of Illinois cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos nuestro mejor esfuerzo para responder sus preguntas o ayudarle a resolver su inquietud. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de sus beneficios.

Si el querellante es un cliente del Programa de rehabilitación vocacional (VR), el querellante puede tener derecho a recibir ayuda del Programa de asistencia al cliente (CAP) de la Oficina de Servicios de Rehabilitación del Departamento de Servicios Sociales (DHS-ORS) en la preparación, presentación y representación de los asuntos que se tratarán.

Los siguientes son algunos ejemplos de situaciones en las que podría presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health of Illinois no respetó sus derechos.
- Tiene problemas para concertar una cita con su proveedor en un tiempo apropiado.
- No está conforme con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health of Illinois lo maltrató.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health of Illinois fue poco sensible con sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pudiera tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. También puede presentar su queja por escrito a través del correo o fax a:

Aetna Better Health of Illinois
Appeals and Grievances
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Fax: **1-844-951-2143**

Correo electrónico: **ILAppealandGrievance@Aetna.com**

En la carta de queja, agregue toda la información que pueda. Por ejemplo, incluya cuándo y dónde se produjo el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles sobre lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y número de identificación de miembro. Puede solicitarnos ayuda para presentar su queja llamándonos al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete. Solicite un intérprete cuando presente su queja. Si tiene problemas auditivos, llame al número de retransmisión de Illinois al **711**.

En cualquier momento durante el proceso de quejas, puede solicitarle a alguien que lo represente o que actúe en su nombre. Esta persona será "su representante". Si decide que alguien actúe en su nombre, comuníquele a Aetna Better Health of Illinois el nombre de su representante por escrito junto con la información de contacto.

Intentaremos resolver su queja de inmediato. Si no podemos, es posible que nos pongamos en contacto con usted para obtener más información.

Apelaciones

Una apelación es una forma de solicitar una revisión de nuestras medidas. Si decidimos que un servicio o producto solicitado no puede aprobarse, o si se decide reducir o suspender un servicio, le enviaremos una carta de "determinación adversa de beneficios". En esta carta, se le comunicará lo siguiente:

- Qué medida se tomó y por qué motivo.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar, en ciertas circunstancias, una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que sus beneficios continúen durante la apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que deba pagar los servicios.

Es posible que usted no esté de acuerdo con una decisión o medida tomada por Aetna Better Health of Illinois sobre un servicio o un producto que solicitó. Una apelación es una forma de solicitar una revisión de nuestras medidas. Puede presentar su apelación dentro de los **sesenta (60) días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta de determinación adversa de beneficios. Si quiere que sus servicios sigan siendo los mismos durante su apelación, debe informarlo al presentar la apelación y debe presentarla antes de los **diez (10) días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta de determinación adversa de beneficios. La siguiente lista incluye ejemplos de situaciones en las podría presentar una apelación.

- No se aprueba o paga un servicio o producto que su proveedor solicitó.
- Se suspende un servicio que se aprobó anteriormente.
- No se le brinda el servicio o producto de manera oportuna.
- No se le informa sobre su derecho a elegir libremente a los proveedores.
- No se aprueba un servicio para usted porque no estaba dentro de la red.

Existen dos maneras de presentar una apelación:

1) Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**
2) Envíe por correo, correo electrónico o fax su solicitud de apelación por escrito a:
   Aetna Better Health of Illinois
   Appeals and Grievances
   P.O. Box 81139
   5801 Postal Road
   Cleveland, OH 44181
   Fax: **1-844-951-2143**
   Correo electrónico: **ILAppealandGrievance@Aetna.com**

Si no habla español, podemos ofrecerle un intérprete sin costo alguno para usted. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene problemas auditivos, llame al número de retransmisión de Illinois al **711**.

¿Alguien puede ayudarle con el proceso de apelación?
Tiene diferentes opciones de asistencia. Puede hacer lo siguiente:

- Pedir ayuda a algún conocido para que lo represente. Por ejemplo, podría ser su proveedor de atención primaria o un familiar.
- Elegir que lo represente un profesional legal.

Para nombrar a alguien que lo represente: 1) envíenos una carta en la que nos informe que desea que otra persona lo represente e incluya en esta carta su información de contacto o 2) complete el formulario de apelaciones para representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois-Medicaid**.

Proceso de apelación
Aetna Better Health of Illinois le enviará una carta de acuse de recibo en el plazo de **tres (3) días hábiles** para informarle que recibimos su apelación. Le indicaremos si necesitamos más información y si debe presentarla en persona o por escrito.

Un proveedor de la misma especialidad (o parecida) que el proveedor que lo atiende revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o cancelar el servicio médico.

Le enviaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de **quince (15) días hábiles** a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Podemos solicitar una extensión de hasta **catorce (14) días calendario adicionales** para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información. Usted también puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales para respaldar su apelación.

Lo llamaremos para comunicarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión. En el Aviso de decisión, se le informará lo que haremos y por qué.

Si la decisión de Aetna Better Health of Illinois concuerda con la determinación adversa de beneficios, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Aetna Better Health of Illinois no concuerda con la

determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.
Puntos a tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más información sobre su apelación, si fuera necesario.
- Tiene la opción de ver el archivo de su apelación.
- Tiene la opción de estar presente cuando el personal de Aetna Better Health of Illinois revise su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?
Si usted o su proveedor piensan que el plazo estándar de **quince (15) días hábiles** para tomar una decisión sobre su apelación perjudicará gravemente su vida o salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación de miembro, la fecha de la carta de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y la razón por la que solicita una apelación acelerada. Le informaremos dentro de las veinticuatro (24) horas si necesitamos más información. Una vez que se proporciona toda la información, lo llamaremos en un plazo de veinticuatro (24) horas para informarle sobre nuestra decisión y también les enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?
Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier razón, en cualquier momento, durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito con la misma dirección que se usó para presentar su apelación. Al retirar la apelación, finalizará el proceso de apelación y nosotros no tomaremos una decisión sobre su solicitud de apelación.

Aetna Better Health of Illinois le informará que ha recibido su retiro enviándole un aviso a usted o al representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Aetna Better Health of Illinois al **1- 866-329-4701 (TTY: 711)**.

¿Qué sucede después?
Una vez que reciba por escrito el Aviso de decisión de la apelación de parte de Aetna Better Health of Illinois, se cerrará su registro de apelaciones. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre la apelación, puede solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado o una revisión externa independiente de su apelación. Puede elegir entre solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado y también una revisión externa independiente, o solo una de ellas.

La revisión externa independiente no está disponible para las apelaciones relacionadas con servicios que obtuvo a través de la exención para personas de edad avanzada, la exención de personas con discapacidades, la exención de lesión cerebral traumática, la exención de VIH/SIDA o el Programa de servicios en el hogar.

Audiencia imparcial del estado

Si la elige, puede solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado en un plazo de **ciento veinte (120) días calendario** a partir de la fecha en el Aviso de decisión, pero debe solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado en un plazo de **diez (10) días calendario** a partir de la fecha en el Aviso de decisión si desea continuar con sus servicios de atención médica. Si no gana la apelación, puede ser responsable de pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial del estado, tal como sucede en el proceso de apelación de Aetna Better Health of Illinois, puede solicitarle a alguien que lo represente, como un abogado, o que un pariente o amigo hable por usted. Para nombrar a alguien que lo represente, envíenos una carta en la que nos informe que desea que otra persona lo represente e incluya en esta carta su información de contacto.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado de una de las siguientes maneras:

- El Centro de Recursos Para Familias y Comunidad local puede brindarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado y le ayudará a completarlo, si lo desea.
- Consulte para configurar una cuenta de apelaciones de ABE y presentar una apelación de audiencia imparcial del estado en línea. Esto le permitirá hacer un seguimiento y administrar su apelación en línea, ver las fechas y los avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial del estado, y presentar la documentación.
- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial del estado relacionada con sus servicios médicos o productos, o servicios de exención para personas de edad avanzada (Programa de atención comunitaria, CCP), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

  Illinois Department of Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings
  69 W. Washington Street, 4th Floor
  Chicago, IL 60602

  Fax: **312-793-2005**

  Correo electrónico: **HFS.FairHearings@illinois.gov**

  O bien, puede llamar al **1-855-418-4421**, **TTY: 1-800-526-5812.**

- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial del estado relacionada con productos o servicios de salud mental, los servicios de abuso de sustancias, los servicios que obtuvo a través de la exención de personas con discapacidades, la exención de lesión cerebral traumática, la exención de VIH/SIDA o el Programa de servicios en el hogar (HSP), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

  Illinois Department of Human Services
  Bureau of Hearings
  69 W. Washington Street, 4th Floor
  Chicago, IL 60602
  Fax: **312-793-8573**

  Correo electrónico: **DHS.HSPAppeals@illinois.gov**

  O bien, puede llamar al **1-800-435-0774, TTY: 1-877-734-7429.**

Proceso de audiencia imparcial del estado
La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencias imparciales autorizado para dirigir las audiencias imparciales del estado. Recibirá una carta del funcionario de audiencias correspondiente en la que le informarán la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también le proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que la lea con atención. Si configura una cuenta en **ABE.illinois.gov/abe/access/appeals**, puede acceder a todas las cartas relacionadas con el proceso de audiencia imparcial del estado a través de la cuenta de apelaciones de ABE. También puede cargar documentos y consultar las citas.

Al menos **tres (3) días hábiles** antes de la audiencia, recibirá información de Aetna Better Health of Illinois. Incluirá toda la información que presentaremos en la audiencia. El funcionario de audiencias imparciales recibirá la misma información. Usted les debe proporcionar a Aetna Better Health of Illinois y al funcionario de audiencias imparciales toda la evidencia que presentará en la audiencia al menos **tres (3) días hábiles** antes de la audiencia. Debe incluir una lista de los testigos que se presentarán en su nombre, así como todos los documentos que usará para respaldar su apelación.

Deberá notificar al funcionario de audiencias correspondiente si necesita algún tipo de adaptación. La audiencia se puede realizar por teléfono. Asegúrese de proporcionar el número de teléfono correcto para contactarlo durante las horas hábiles en su solicitud de una audiencia imparcial del estado. La audiencia puede ser grabada.

Continuación o prórroga
Puede solicitar una continuación durante la audiencia, o una prórroga antes de la audiencia, que se puede otorgar si existe una buena causa. Si el funcionario de audiencias imparciales concuerda, se les notificará por escrito a usted y a todas las partes en la apelación de la nueva fecha, hora y lugar. El límite de tiempo para completar el proceso de apelación se extenderá según la duración de la continuación o prórroga.

No presentación a la audiencia
Su apelación se rechazará si usted, o su representante autorizado, no se presentan en la audiencia a la hora, en la fecha y en el lugar que se indica en el aviso y no ha solicitado una prórroga por escrito. Si su audiencia se realiza por teléfono, su apelación se rechazará si no contesta el teléfono en el horario programado de la apelación. Se enviará un Aviso de rechazo a todas las partes involucradas en la apelación.

La audiencia se puede reprogramar si nos avisa en un plazo de **diez (10) días calendario** a partir de la fecha en que recibió el Aviso de rechazo, si la razón para su ausencia fuera la siguiente:

- Una muerte en la familia.
- Una lesión o enfermedad personal que le prohíbe de manera razonable comparecer.
- Una emergencia repentina e inesperada.

Si la audiencia de la apelación se reprograma, la Oficina de Audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta para reprogramar la audiencia con copias para todas las partes en la apelación.

Si rechazamos su solicitud para reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo en la que se le informe la denegación.

La decisión de la audiencia imparcial del estado
La Oficina de Audiencias les enviará una decisión administrativa final por escrito a usted y a todas las partes interesadas. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones de ABE. La decisión administrativa final solo se puede revisar a través de los Tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el Tribunal de circuito permita para solicitar dicha revisión puede ser de tan solo **treinta y cinco (35) días** a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Audiencias.

Revisión externa independiente (solo para servicios médicos)

Dentro de los **treinta (30) días calendario** después de la fecha que aparece en el Aviso de decisión de la apelación de Aetna Better Health of Illinois, puede solicitar que una persona externa a Aetna Better Health of Illinois realice una revisión. Esto se denomina revisión externa independiente. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser un proveedor certificado por la junta con la misma especialidad (o parecida) que el proveedor que lo atiende.
- Debe ejercer actualmente.
- No debe tener interés financiero en la decisión.
- No debe conocerlo y no sabrá su identidad durante la revisión.

La revisión externa independiente no está disponible para las apelaciones relacionadas con servicios que obtuvo a través de la exención para personas de edad avanzada, la exención de personas con discapacidades, la exención de lesión cerebral traumática, la exención de VIH/SIDA o el Programa de servicios en el hogar.

En su carta, debe solicitar una revisión externa independiente sobre esa medida y debe enviarla a:

Aetna Better Health of Illinois Appeals and Grievances
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Fax: **1-844-951-2143**
Correo electrónico: **ILAppealandGrievance@Aetna.com**

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para determinar si cumple con las calificaciones para una revisión externa. Tenemos **cinco (5) días hábiles** para hacer esto. Le enviaremos una carta en la que le informaremos si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta incluirá el nombre del revisor externo.
- Usted tiene **cinco (5) días hábiles** después de recibir la carta que le enviamos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

Dentro de **los cinco (5) días calendario** posteriores a la recepción de toda la información necesaria, el revisor externo revisará la información. El revisor externo decidirá si los servicios son médicamente apropiados. Si los servicios se consideran médicamente apropiados, Aetna Better Health of Illinois los aprobará. Le notificaremos oralmente y por escrito los resultados de la revisión externa.

Revisión externa acelerada

Si el plazo normal de una revisión externa podría poner en riesgo su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Puede hacer esto por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-329-4701 (TTY: 711)**. Para solicitar la revisión por escrito, envíenos una carta a la dirección que aparece más abajo. Puede solicitar una revisión externa sobre una medida específica solo una (1) vez. En su carta, debe solicitar la revisión externa sobre esa medida específica.

Aetna Better Health of Illinois Appeals and Grievances
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Fax: **1-844-951-2143**

Correo electrónico: **ILAppealandGrievance@Aetna.com**

¿Qué sucede después?

- Cuando recibamos la llamada telefónica o la carta en la que se solicita una revisión externa acelerada, revisaremos su solicitud de inmediato para determinar si reúne los requisitos para este tipo de revisión. Si es así, nos pondremos en contacto con usted o con su representante para comunicarle el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar la revisión dentro de las **veinticuatro (24)** horas de haber recibido toda la información. El revisor tomará una decisión sobre su solicitud tan pronto como lo exija su afección médica, pero no más de **un (1) día hábil** después de haber recibido toda la información necesaria. Aetna Better Health® of Illinois le notificará los resultados de la revisión externa acelerada independiente.

Derechos y responsabilidades

Sus derechos:

- Recibir un trato con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Que se mantenga la privacidad de la información personal de salud y los registros médicos, excepto cuando la ley lo permita.
- Ser protegido contra la discriminación.
- Recibir información de Aetna Better Health of Illinois en otros idiomas o formatos, como con un intérprete o en braille.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada para su afección y capacidad para comprender.
- Recibir la información necesaria para poder tomar decisiones sobre sus opciones y tratamientos de atención médica.
- Rechazar el tratamiento y recibir información sobre lo que podría pasar si lo rechaza.
- Obtener una copia de sus registros médicos y, en algunos casos, solicitar que se modifiquen o se corrijan.
- Elegir su propio proveedor de atención primaria (PCP) de Aetna Better Health of Illinois. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Ser libre de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Ejercer sus derechos con la garantía de que al hacerlo no afectará de manera negativa la forma en que lo tratan.
- Obtener información sobre el plan de salud, sus servicios, sus proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o el costo.
- Expresar sus reclamos o presentar apelaciones sobre la organización o la atención que esta brinda.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Sus responsabilidades:

- Tratar al médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar con usted la tarjeta de identificación de Aetna Better Health of Illinois cuando asiste a las citas médicas o cuando va a la farmacia a recoger sus medicamentos con receta.
- Asistir a las citas y llegar a tiempo.
- Si no puede asistir a las citas, cancelarlas con tiempo.
- Seguir las indicaciones y el plan de tratamiento que le da el médico.

- Informar a su plan de salud o al asistente social si cambia de dirección o el número de teléfono.
- Leer el manual para miembros para conocer los servicios que están cubiertos y si hay normas especiales.
- Proporcionar información (en la medida de lo posible) que el plan de salud y sus proveedores necesitan para brindar atención.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus médicos.
- Comprender sus problemas de salud y ayudar a desarrollar objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.

Fraude, uso indebido y abuso

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios están actuando de forma incorrecta. Actuar de forma incorrecta puede constituir fraude, uso indebido o abuso, lo cual va en contra de la ley.

Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien hace algo de lo siguiente:

- Factura servicios que no se brindaron o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su identificación de miembro de Medicaid.
- Usa la identificación de miembro de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

¿Qué puede hacer usted para ayudar a prevenir, denunciar y detener el fraude, el uso indebido y el abuso? Puede llamar a los siguientes números:

- Línea directa de fraude y abuso de Aetna: **1-866-536-0542 (TTY: 711)**
- Línea directa de la Oficina del Inspector General: **1-844-453-7283**
- Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la policía estatal de Illinois: **1-866-748-2297**

Toda la información será confidencial. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Abuso, negligencia y explotación

Sabemos que confía en su médico, cuidador y seres queridos para que le ayuden con las necesidades de atención médica. Usted confía en que ellos lo cuidarán. Piensa que siempre tendrán en cuenta sus intereses.

En ocasiones, cuando alguien se ocupa de sus cuidados, puede aprovecharse de usted. Es importante reconocer los signos de negligencia, abuso y explotación. Si esto sucede, debe denunciarlo. Esto le ayudará a mantenerse seguro y a recibir la atención que necesita.

Abuso: daño mental, emocional, físico o sexual. También puede consistir en aprovecharse de los recursos financieros. Aquí le mostramos algunos ejemplos de abuso:

- El abuso físico sucede cuando le hacen daño, como sufrir bofetadas, puñetazos, empujones o amenazas con un arma.
- El abuso mental sucede cuando alguien le dirige palabras amenazadoras, intenta controlar su actividad social o lo mantiene aislado.
- El abuso financiero sucede cuando alguien utiliza su dinero, cheques personales o tarjetas de crédito sin su permiso.
- El abuso sexual sucede cuando alguien lo toca de manera inapropiada y sin su permiso.

Negligencia: sucede cuando alguien en quien se confía para ocuparse de sus cuidados no lo hace. Incluye no proporcionar alimentos, vestimenta, vivienda o atención médica.

Explotación: sucede cuando alguien utiliza indebidamente los recursos de otra persona para su propio beneficio personal o monetario. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o del ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI), aprovecharse de una cuenta corriente conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Para ayudar a prevenir, denunciar y detener el abuso, la negligencia y la explotación, puede llamar a los siguientes números:

- **9-1-1** para situaciones de emergencia o que pongan en peligro la vida
- Departamento de Servicios para Miembros: **1-866-329-4701 (TTY: 711)**
- Línea directa contra el abuso infantil para menores de 18 años: **1-800-252-2873 (TTY: 1-800-358-5117)**
- Servicios de Protección para Adultos a partir de los 60 años y para adultos con discapacidades de 18 a 59 años: **1-866-800-1409 (TTY: 888-206-1327)**
- Línea directa para hogar de convalecencia: **1-800-252-4343 (TTY: 800-547-0466)**
- Línea directa para centros de vida especializados: **1-800-226-0768 (TTY: 1-877-204-1012)**
- Línea directa de la Oficina del Inspector General: **1-844-453-7283**

Toda la información será confidencial. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711).**

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información.
Revíselo detenidamente.

Este aviso entró en vigencia el 1 de septiembre de 2025.

¿A qué nos referimos cuando decimos "información de salud"?

Empleamos la frase "información de salud" cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Su nombre
- Su fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Es posible que compartamos su información de salud con otras personas que le brinden atención, ya sean médicos o farmacias.

Con familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos.
- Mejora de la calidad.
- Prevención de fraude.
- Prevención de enfermedades.
- Asuntos legales.

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarle a llegar al consultorio del médico. Les informaremos si usted utiliza una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: Con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Una vez que la información de salud se comparte por cualquiera de los motivos anteriores, es posible que se vuelva a compartir o se utilice para fines no mencionados en este documento.

Algunas leyes estatales y federales pueden requerir límites adicionales sobre cómo usamos y divulgamos información médica confidencial, como salud mental o enfermedades transmisibles. Seguiremos la ley más estricta que se aplica a su información de salud.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos cuando así lo exija la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos usar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de proporcionarle un seguro médico.

¿Cuáles son sus derechos?

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación que usted pidió, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, escríbanos a **PrivacyAetna@AETNA.com** o a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: 859-280-1272

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si no está satisfecho y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.

- Físicos: Su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: El acceso a su información de salud está “basado en roles”. Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

¿Modificaremos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También, tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Le enviaremos por correo un aviso en caso de que el material haya sido modificado. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web: **AetnaBetterHealth.com/Texas.**

Definiciones

Afección médica de emergencia: Enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

Apelación: Es una solicitud para que su plan de salud revise una decisión nuevamente.

Atención de enfermería especializada: Servicios de enfermería que se proporcionan dentro del ámbito de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (Título 225 de los Estatutos Compilados de Illinois [ILCS], secciones 65/50-1 y siguientes) por enfermeros certificados, enfermeros auxiliares autorizados o enfermeros vocacionales autorizados para ejercer en el estado.

Atención de urgencia: Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente graves como para que una persona razonable considere que se necesita atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Atención en la sala de emergencias: Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero certificado o un médico pueden administrar.

Atención hospitalaria para pacientes externos: Atención en un hospital que, generalmente, no requiere una estadía por la noche.

Atención médica en el hogar: Servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Autorización previa: Decisión por parte de su aseguradora o plan de salud respecto de si un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina preautorización, aprobación previa o precertificación. Su seguro o plan de salud puede requerir una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no es una promesa que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos con receta: Seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Copago: Monto fijo (por ejemplo, $15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME): Equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para uso diario o extendido.

Especialista: Médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Farmacia de la red: Una farmacia 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.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere la internación y, generalmente, una estadía por la noche. Una hospitalización durante la noche para observación se puede considerar atención para pacientes externos.

Los **proveedores participantes** también se denominan "proveedores de la red".

Médicamente necesario: Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o síntomas, y que cumplen los estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos recetados: Se refiere a los medicamentos que por ley requieren receta médica.

Médico de atención primaria: Médico (médico o doctor en medicina osteopática), según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Plan: Un plan es la combinación de los beneficios del seguro de salud bajo un producto, una red de proveedores y un área de servicio.

Prima: Es el monto que debe pagarse por su plan o seguro de salud. Por lo general, usted o su empleador lo pagan mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Proveedor de atención primaria: Médico (médico o doctor en medicina osteopática), profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para los médicos, 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 brindar 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".

Proveedor no participante: Es un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan de salud para brindarle servicios. Pagará más si consulta a un proveedor no preferido. Consulte su póliza para ver si puede acudir a todos los proveedores que tienen contrato con su seguro o plan de salud, o si este tiene una red "con niveles" y debe pagar más para ver a algunos proveedores.

Proveedor participante: 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 usar proveedores participantes para obtener servicios cubiertos.

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.

Queja: Reclamo que comunica a su plan de salud.

Red: Las instalaciones y los proveedores que su aseguradora o plan de salud han contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Seguro de salud: Es un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague parte o la totalidad de sus costos de atención médica a cambio de una prima.

Servicio de hospicio: Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios de emergencia: Evaluación y tratamiento de una afección médica de emergencia para evitar que empeore.

Servicios excluidos: Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no pagan o no cubren.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria. Un ejemplo puede ser el tratamiento para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidad en diversos entornos para pacientes internados o externos.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Servicios médicos: Servicios de atención médica que presta o coordina un médico con licencia (médico o doctor en medicina osteopática).

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a una enfermedad, herida o discapacidad, o el tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes internados o externos.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - Intérpretes de lengua de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de derechos civiles:

Dirección:	Attn: Civil Rights Coordinator P.O. Box 818001 Cleveland, OH 44181-8001
Teléfono:	**1-888-234-7358 (TTY: 711)**
Correo electrónico:	**MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de reclamo están disponibles en **https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.**

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health: **https://www.aetnabetterhealth.com/**

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales.