



Encontrar alegría



[AetnaBetterHealth.com/Louisiana](https://www.aetna.com/better-health/louisiana)

Aetna Better Health® of Louisiana

Quejas formales y apelaciones.

En Aetna Better Health of Louisiana, hacemos lo mejor que podemos para solucionar sus inquietudes o problemas rápida y satisfactoriamente. Puede usar nuestro proceso de presentación de quejas o nuestro proceso de apelaciones. Depende del tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en su servicio si presenta una queja o apelación. Ni el personal de Aetna Better Health of Louisiana ni un proveedor de atención médica lo tratarán de

manera diferente. Mantendremos su privacidad. Podemos ayudarle a presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión o audición. También puede designar a alguien como un familiar, amigo o proveedor para que lo represente.

Para presentar una queja formal o apelar una medida del plan:

- Llame al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**
- Fax: **1-860-607-7657**
- Escriba a: Aetna Better Health of Louisiana Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd 0
Cleveland, OH 44181

Continúa en la página 3



Los chequeos y las pruebas de detección le ayudan a mantenerse saludable. Vaya a la página 2 para ver cuáles necesita.

Otoño 2020

86.22.324.0-FA

Fecha de emisión: 09/21/2020

Los adultos también necesitan chequeos y pruebas de detección anuales.

Hágase sus chequeos y pruebas de detección.

Mamografía, examen clínico de las mamas	Cada año	Cáncer de mama	Todas las mujeres mayores de 40 años; mujeres menores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de mama.
Examen pélvico anual, con prueba de Papanicolaou	Cada año	Cáncer de cuello de útero, ITS	Examen pélvico para todas las mujeres. Pruebas de Papanicolaou para mujeres sexualmente activas anualmente hasta los 30 años. Mujeres mayores de 30 años, con dos a tres resultados normales, prueba de Papanicolaou cada 3 años.
Perfil completo de lipoproteínas en ayunas (análisis de sangre)	Cada 5 años	Colesterol alto	Todos los adultos de 20 años o más. Los adultos con dos o más factores de riesgo (por ejemplo, antecedentes familiares, obesidad, diabetes, tabaquismo, presión arterial alta) deben hacerse la prueba con más frecuencia.
Examen físico anual	Cada año	Obesidad, diabetes, osteoporosis	Todos los adultos deben hacerse un examen anual. Se recomiendan pruebas de diabetes para los adultos con factores de alto riesgo; densidad ósea para las mujeres de 65 años o más.
Chequeo de cáncer de piel	Cada 3 años	Cáncer de piel	Los adultos de 20 años o más.
Chequeo de cáncer colorrectal	Cada 10 años	Cáncer colorrectal	Los adultos de 50 años o más. Si existen factores de riesgo, pruebas de detección más frecuentes a partir de los 40 años.
Prueba de detección de cáncer de próstata	Cada 1 o 2 años	Cáncer de próstata	Los hombres con factores de riesgo comienzan a los 40 años.
Vacuna antigripal anual	Cada año	Gripe	Todos los adultos.



Quejas formales y apelaciones.

Continúa de la primera página

Deberá indicarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

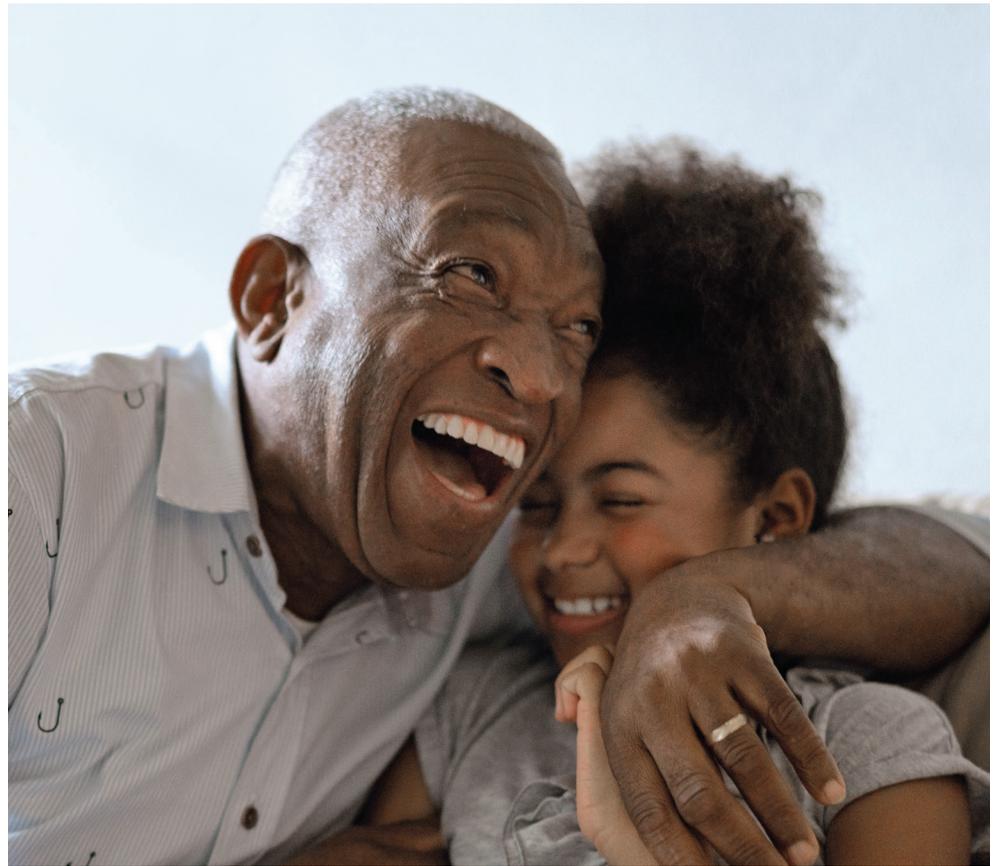
También puede completar un formulario de solicitud de apelación del destinatario en línea en **AdminLaw.State.LA.US/Forms.htm** ante la División de Derecho Administrativo de Louisiana.

¿Cómo presento una apelación de una medida?

Una determinación adversa de beneficios es cuando no aprobamos un servicio que recomienda su proveedor. Puede ser que digamos que no pagaremos los servicios. Una determinación adversa de beneficios también puede ser cuando no le brindamos servicios de manera oportuna. Si no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios que hemos tomado, puede apelar la decisión.

Cuando presenta una apelación, significa que debemos analizar nuevamente el motivo de nuestra determinación adversa de beneficios para decidir si era correcta. Una apelación es un medio que usted tiene para solicitar que alguien revise nuestras determinaciones adversas de beneficios. La lista a continuación incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- Por no aprobar un servicio que pide su proveedor



- Por suspender un servicio que antes fue aprobado
- Por no pagar por un servicio que su PCP u otro proveedor solicitan
- Por no brindarle el servicio en el debido momento
- Por no responder a su apelación de forma oportuna
- Por no aprobar un servicio porque no forma parte de nuestra red

Cómo presentar una apelación:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**. Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo.
- Fax: **1-860-607-7657**
- Escribanos a: Aetna Better Health of Louisiana Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 81139
5801 Postal Road 0
Cleveland, OH 44181

- También puede completar un formulario de solicitud de apelación del destinatario en línea en **AdminLaw.State.LA.US/Forms.htm** ante la División de Derecho Administrativo de Louisiana.

Puede pedirle a alguien que lo represente en la presentación de su apelación, como un familiar, amigo o proveedor. Debe aceptar esto por escrito.

Envíenos una carta donde indica que quiere que otra persona lo represente y presente una apelación en su nombre. Esta persona se llama representante del miembro. Incluya su nombre, número de identificación del miembro de su tarjeta de identificación, nombre de la

Continúa en la página 4

Continúa de la página 3

persona que desea que lo represente y la determinación adversa de beneficios que desea apelar. Cuando recibamos la carta, la persona que eligió puede representarlo. Si otra persona presenta una apelación en nombre suyo, usted no puede presentar otra usted mismo por esa determinación adversa de beneficios.

Usted o su representante deben iniciar una apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de nuestra carta de aviso de determinación adversa de beneficios. Su proveedor puede ser su representante. Nosotros podemos ayudarle a escribir su apelación si es necesario.

La persona que recibe su apelación la dejará registrada. El personal a

cargo supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para confirmarle que recibimos su apelación. Le indicaremos cómo serán nuestros pasos a seguir. Su apelación será revisada por personal clínico experto. El personal que revisa su apelación no está involucrado en nuestra decisión inicial o determinación adversa de beneficios que está apelando.

En algunas determinaciones adversas de beneficios, puede pedirnos que el servicio continúe durante el proceso de apelación

Es posible que usted quiera que sus servicios continúen mientras revisamos su apelación. Los servicios que se pueden continuar deben ser servicios que usted

ya recibe. Son servicios que se reducen, quedan en suspenso o se dan por finalizados. Continuaremos con los servicios si solicita una apelación en un margen de 10 días desde nuestro aviso de determinación adversa de beneficios. También continuaremos con los servicios si solicita una apelación antes de la fecha en la que le indicamos que se verían reducidos, suspendidos o finalizados, lo que ocurra más tarde.

En nuestro aviso le diremos si decidimos reducir, suspender o dar por finalizado su servicio. Se indicará la fecha de vigencia de nuestra determinación adversa de beneficios. Se establecerá el período de autorización original y cuándo finaliza. Sus servicios continuarán hasta que termine el período de autorización original de sus servicios, o hasta 10 días después de que enviemos la decisión de apelación por correo, o si retira su pedido de apelación. En caso de que la apelación fuese denegada y usted pida una audiencia imparcial del programa de Medicaid estatal de Louisiana con continuidad de los servicios, sus servicios continuarán durante la audiencia imparcial del estado. (Vea la sección Audiencia imparcial del estado).

Puede solicitar servicios mientras revisamos su apelación. No obstante, si decidimos que coincidimos con nuestra primera decisión de denegar su servicio, podemos exigirle que pague esos servicios. Esto se debe a que





usted pidió continuar recibiendo servicios mientras revisábamos su apelación.

¿Qué sucede después?

- Le enviaremos una carta en el plazo de tres (3) días hábiles para decirle que recibimos su apelación. Nosotros le diremos si necesitamos más información. Le indicaremos si debe darnos más información en persona o por escrito, si fuese necesario.
- Usted brinda más información sobre su apelación, si es necesario.
- Puede ver su archivo de la apelación.
- Puede estar presente cuando el Comité de Apelaciones revisa su apelación.
- El Comité de Apelaciones revisará su apelación. Le indicarán si necesitan más información y tomarán una decisión en un plazo de 30 días calendario. Si su apelación requiere una decisión

rápida, le llamaremos para informarle la decisión. En todas las apelaciones, le enviaremos los resultados por escrito. En la carta de la decisión, encontrará una explicación de lo que haremos y por qué motivo.

- Un proveedor con la misma especialidad o una especialidad similar a la de su proveedor a cargo del tratamiento revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o suspender el servicio médico.
- El proveedor que revisa su apelación no informará al proveedor que tomó la decisión original sobre su caso.
- Podemos extender el plazo para tomar una decisión sobre su apelación hasta 14 días. Podemos extender el plazo para obtener más información. Si lo hacemos,

le enviaremos una carta explicando la demora.

- Usted puede pedir una extensión si necesita más tiempo.

Si la decisión del Comité de Apelaciones coincide con la determinación adversa de beneficios, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante la revisión. Si la decisión del Comité de Apelaciones no coincide con el aviso de la medida, haremos que los servicios comiencen de inmediato.

¿Cuánto tiempo demorará Aetna Better Health en tomar una decisión respecto de mi apelación de una medida?

A menos que pida una revisión acelerada, revisaremos su apelación como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su condición de salud. No demoraremos más de 30 días a partir del día en que recibimos una apelación. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días más si:

- Usted solicita una extensión
- Nosotros necesitamos más información
- El retraso es mejor para usted y está aprobado por el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH).

Durante nuestra revisión, tendrá una oportunidad de presentar su caso en persona o por escrito. Tendrá también la posibilidad de revisar cualquiera de sus archivos

Continúa en la página 6

Continúa de la página 5

que formen parte de la revisión de la apelación. Le enviaremos una notificación sobre la decisión que tomemos con respecto a su apelación. Identificaremos la decisión y la fecha cuando tomamos esa decisión.

Le brindaremos los servicios en cuestión tan pronto como lo requiera su condición de salud si:

- Revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados o de reducir, suspender o dar por finalizados los servicios
- No se brindaron servicios mientras la apelación estaba en proceso

En algunos casos, usted puede pedir una apelación "acelerada". (Consulte la sección "Proceso de apelación acelerada").

Proceso de apelación acelerada

Puede pedir una revisión rápida de la apelación si esperar el tiempo de apelación normal podría ser perjudicial para su salud. Una apelación rápida también se denomina "apelación acelerada". Responderemos con nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Luego le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de dos (2) días hábiles. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días más. Usted puede prolongar el período de revisión si necesita más tiempo. Nosotros podemos prolongar el período de revisión si necesitamos más tiempo. Solo



podemos solicitar más tiempo si es lo mejor para usted.

En caso de que no estemos de acuerdo con su pedido de una decisión de apelación rápida, haremos todo lo posible por contactarlo. Le indicaremos que hemos denegado su solicitud de apelación acelerada. Si denegamos su solicitud de una decisión rápida, le informaremos nuestra decisión en el plazo normal. También le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud de una apelación acelerada. Lo enviaremos dentro de los dos (2) días siguientes a la recepción de su pedido.

Si Aetna Better Health deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Le enviaremos una carta con la decisión de la apelación. Si nuestra decisión no aprueba totalmente su apelación, la carta describirá sus derechos de apelación adicionales. Usted tendrá derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado al LDH. En la carta también se le dirá quién puede presentarse en su nombre en la audiencia. También se le dirá si puede continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación.

Audiencia imparcial del estado

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado al LDH en un plazo de 30 días desde la fecha en que le enviamos su carta con la decisión de la apelación. La División de Derecho Administrativo de Louisiana hace una recomendación sobre su audiencia al Secretario del LDH. El Secretario del LDH toma la decisión final sobre su apelación.

Puede presentar una solicitud de audiencia imparcial del estado por teléfono, fax, correo postal o a través del sitio web.

- Correo postal: División de Derecho Administrativo de Louisiana
P.O. Box 4189
Baton Rouge, LA 70821-4189
- Fax: **225-219-9823**

- Teléfono: **225-342-5800**
- Sitio web: **AdminLaw.State.LA.US/HH.htm**

Si su apelación está relacionada con una reducción, suspensión o finalización de servicios recibidos, puede pedir continuar recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial del estado. Si usó el formulario de audiencia imparcial para pedir una audiencia, debe marcar la casilla del formulario donde indica que desea continuar con los servicios.

Las audiencias imparciales del estado y los pedidos de continuidad de los servicios también se pueden solicitar por teléfono o en línea. Su pedido de continuar con los servicios debe ser hecho dentro de los 10 días a desde la fecha de

nuestra carta sobre la decisión de apelación. Si no solicita una audiencia imparcial del estado en el plazo de 10 días, sus servicios serán reducidos, suspendidos o finalizados a la fecha de vigencia, lo que ocurra más tarde. Sus servicios continuarán hasta que finalice el período de autorización original de los servicios, o bien hasta que cancele la apelación o el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del estado deniegue su solicitud, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en cuestión de inmediato, y tan pronto como su condición de salud lo exija. En caso de que haya recibido los servicios en disputa mientras estaba pendiente la apelación, pagaremos los servicios cubiertos según indique el funcionario de la audiencia imparcial del estado.

Usted puede pedir continuar con los servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial del estado. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, usted puede ser responsable del pago de los servicios tratados en la audiencia.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier mensaje suyo dirigido a nosotros donde indica su descontento con la atención o el tratamiento que recibe. Puede ser sobre nuestro personal o proveedores, incluidos los servicios de la visión, transporte

Continúa en la página 8





Continúa de la página 7

y atención dental para adultos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o si no le gustó la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, puede presentarnos una queja.

Aetna Better Health toma muy seriamente las quejas de los miembros. Queremos saber qué está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene

una queja sobre un proveedor o la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, cuéntenos de inmediato. Tenemos procedimientos especiales para ayudar a los miembros a presentar quejas. Haremos todo lo posible para responder sus preguntas. Queremos resolver su inquietud. Presentar una queja no afectará a sus servicios de atención médica o a la cobertura de sus beneficios.

Estos son ejemplos de cuándo podría querer presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health no respetó sus derechos.
- Tuvo dificultad para obtener una cita con su proveedor en la cantidad de tiempo adecuada.
- No estuvo satisfecho con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health no respetó sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su queja por teléfono o por escrito. Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**. También puede enviarnos una carta o un fax sobre su queja a:

Aetna Better Health of Louisiana
Grievances and Appeals Dept.
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd 0
Cleveland, OH 44181
Fax: **1-860-607-7657**

En la carta debe incluir la mayor cantidad posible de información. Por ejemplo, indique la fecha del incidente, los nombres de las personas involucradas y detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Puede pedirnos que le ayudemos a presentar su queja.

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo.

Puede pedirle a alguien que lo represente, como un familiar, amigo o proveedor. Debe aceptar esto por escrito. Envíenos una carta donde indica que quiere que otra persona lo represente y presente una queja en su nombre. Incluya su nombre, número de identificación del miembro de su tarjeta de identificación, nombre de la persona que desea que lo represente y de qué trata su queja. Cuando recibamos la carta, la persona que eligió puede representarlo. Si otra persona presenta una queja en nombre suyo, usted no puede presentar otra usted mismo por esa misma cuestión.

Proceso de presentación de quejas

Usted puede presentarnos una queja oralmente o por escrito, en cualquier momento. La persona que recibe su queja la dejará registrada. El personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para confirmarle que recibimos su queja. La carta incluirá una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos la queja y le

daremos una respuesta. El tiempo que demoramos en responder depende de lo siguiente:

- Si su queja es consecuencia de que denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre una autorización o apelación, tomaremos una decisión en las 72 horas siguientes a recibirla.
- Si su queja es consecuencia de que extendimos el plazo para darle una decisión sobre su solicitud de autorización o apelación, tomaremos

una decisión en las 72 horas siguientes a recibirla.

- Para todos los demás tipos de quejas, tomaremos una decisión en un plazo de 90 días a partir de la recepción.

En nuestra carta sobre la decisión describiremos lo que detectamos cuando analizamos su queja. Allí se indicará nuestra decisión sobre su queja.



**Comuníquese
con nosotros**

Aetna Better Health of Louisiana
2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200
Kenner, LA 70062

24 horas al día, 7 días de la semana
1-855-242-0802 (TTY: 711)
[AetnaBetterHealth.com/Louisiana](https://www.AetnaBetterHealth.com/Louisiana)

Este boletín se publica como un servicio a la comunidad para los amigos y miembros de Aetna Better Health of Louisiana, 2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200, Kenner, LA 70062. Incluye información general sobre la salud que no debe reemplazar el asesoramiento o la atención que recibe de su proveedor. Siempre consulte a su proveedor sobre sus necesidades de atención médica personales. Es posible que se hayan empleado modelos en fotos e ilustraciones.

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