



2024 Manual para miembros

AETNA BETTER HEALTH® PREMIERE PLAN

Aetna Better Health Premier Plan (plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a sus miembros inscritos.



Manual para miembros de Aetna Better Health Premier Plan

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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

Introducción al *Manual para miembros*

En este manual, se proporciona información sobre su cobertura de Aetna Better Health Premier Plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

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

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

العربية: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم خلال 7 أيام في الأسبوع. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Alguien que habla inglés/idioma puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	15
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos.....	34
Capítulo 4: Tabla de beneficios	55
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan	129
Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de Michigan.....	153
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos	159
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	165
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	184
Capítulo 10: Cancelación de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan.....	245
Capítulo 11: Avisos legales	253
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes.....	263



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el *Manual para miembros* de Aetna Better Health Premier Plan.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ La cobertura de Aetna Better Health Premier Plan es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

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

Índice

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan.	6
B. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan.	6
B1. Medicare	6
B2. Medicaid de Michigan.	7
C. Ventajas de este plan	7
D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan.	8
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan.	8
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	9
G. Su plan de atención.	10
H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health Premier Plan.	10
I. El Manual para miembros	10
J. Otra información importante que le enviaremos.	11
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan	11
J2. Directorio de proveedores y farmacias	12
J3. Lista de medicamentos cubiertos.	13
J4. Explicación de beneficios	13
K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro	14
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	14



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan

Aetna Better Health Premier Plan es un plan de Medicare y Medicaid. Un plan de Medicare y Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención que necesita.

Aetna Better Health Premier Plan fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte del programa MI Health Link.

MI Health Link es un programa administrado de manera conjunta por el estado de Michigan y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid de Michigan. Con este programa, el gobierno estatal y federal desean probar nuevas maneras de mejorar cómo usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid de Michigan.

Aetna Better Health es una división de Aetna, una de las principales compañías de beneficios de atención médica del país. Somos parte de la familia de CVS Health.

Aetna tiene más de 30 años de experiencia ofreciendo servicios a millones de miembros en el cuidado administrado. Adoptamos un enfoque total de la salud y el bienestar porque entendemos que gozar de buena salud va más allá de lo físico. Estamos aquí para ayudarlo a mantenerse saludable, no solo estar a su disposición cuando se enferma. Sus objetivos de salud son únicos. Queremos que alcance cada uno de ellos para que pueda disfrutar de la vida al máximo.

Como parte de nuestro enfoque total, estamos comprometidos a ayudarlo a recibir la atención que necesite, cuando la necesite. Eso implica conectarlo con proveedores y recursos que lo ayudarán más, tanto en el consultorio de su médico como fuera de este.

Fuente: AetnaBetterHealth.com. Visitado el 21 de julio de 2022. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan

B. Información sobre Medicare y Medicaid de Michigan

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a las siguientes personas:

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B2. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa a cargo del gobierno federal y del estado de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Además, cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid.

Esto quiere decir que cada estado decide lo siguiente:

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

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

Medicare y el estado de Michigan deben aprobar Aetna Better Health Premier Plan cada año. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Sea elegible para participar,
- Decidamos ofrecer el plan, **Y**
- Medicare y el estado de Michigan aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- No pagará deducibles ni copagos cuando reciba los servicios de un proveedor o de una farmacia de la red de proveedores de su plan de salud. (Deberá continuar pagando las primas mensuales del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html).
- Tendrá su propio coordinador de atención que le preguntará acerca de sus necesidades y opciones de atención médica, y que trabajará con usted para crear un plan de atención personal en función de sus objetivos. A esto lo denominamos planificación centrado en la persona.
- Su coordinador de atención le ayudará a obtener lo que necesita cuando lo necesita. Esta persona responderá sus preguntas y se asegurará de que sus problemas de atención médica obtengan la atención que necesitan.
- Si reúne los requisitos, tendrá acceso a servicios y apoyos basados en el hogar y la comunidad que lo ayudarán a vivir de manera independiente.

D. Área de servicio de Aetna Better Health Premier Plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan:

- Región sudoeste: condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren
- Región sudeste: condados de Wayne y Macomb

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

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

E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Viva en el área de servicio (no se considera que las personas encarceladas viven en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en esta). **Y**
- Tenga cobertura de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare. **Y**
- Sea elegible para los beneficios completos de Medicaid de Michigan. **Y**
- Sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos. **Y**
- No esté inscrito en un hospicio. **Y**
 - Para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4 del *Manual para miembros*.
- No esté inscrito en el programa de exención MI Choice ni en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Si está inscrito en cualquiera de estos programas, debe cancelar su inscripción antes de inscribirse en el programa MI Health Link a través de Aetna Better Health Premier Plan.

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

Recibirá una Evaluación de Nivel I en los primeros 60 días desde su inscripción en nuestro plan. Uno de nuestros coordinadores de atención se comunicará con usted en los primeros 60 días desde su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan. El coordinador de atención le hará algunas preguntas para identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. El coordinador de atención también trabajará con usted, sus proveedores, su familia y cualquier otra persona que usted elija para desarrollar un plan de atención que lo ayude a obtener todos los servicios y la atención que necesita.

Si Aetna Better Health Premier Plan es algo nuevo para usted, puede seguir recibiendo los servicios y usando sus médicos y otros proveedores actuales durante, al menos, 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción.

Los servicios de exención de apoyos de habilitación o del Programa de servicios y apoyos especiales prestados por el Plan de salud prepago para pacientes internados (PIHP) que pueda estar recibiendo actualmente no cambiarán debido a su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan. En cuanto al resto de los servicios, podrá seguir acudiendo a los médicos y proveedores que utiliza ahora durante un máximo de 180 días a partir de la fecha de inicio de su inscripción.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Su coordinador de atención trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar los servicios durante este período si su proveedor actual no forma parte de la red de proveedores de Aetna Better Health Premier Plan. Llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener información acerca de los servicios de hogares de convalecencia.

Luego de sus primeros 90 días en Aetna Better Health Premier Plan (180 días si recibe los servicios mediante la exención de apoyos de habilitación o el Programa de servicios y apoyos especiales a través del PIHP), deberá usar médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener atención, consulte el Capítulo 3.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que determina qué apoyos y servicios recibirá y cómo los recibirá.

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

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

H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health Premier Plan

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

I. El *Manual para miembros*

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

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Manual para miembros* en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o descargarlo de este sitio web.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

El contrato está en vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health Premier Plan entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

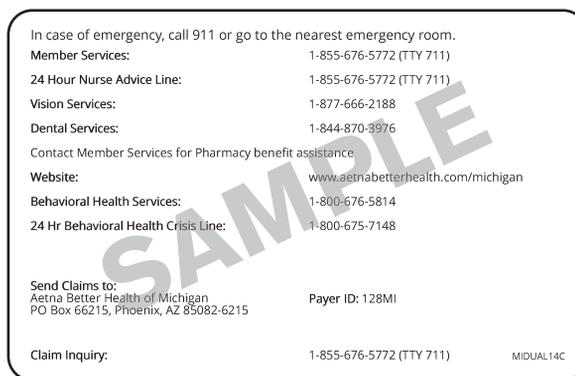
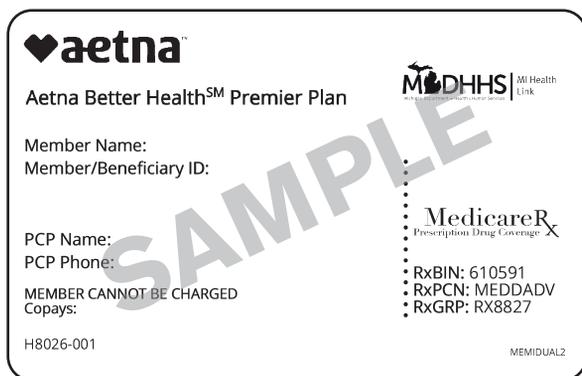
J. Otra información importante que le enviaremos

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

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

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

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



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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health Premier Plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 9).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Las solicitudes de una copia impresa de los Directorios de proveedores y farmacias se le enviará por correo en el plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene información sobre cómo obtener atención. Enumera proveedores a los que puede acudir como miembro de Aetna Better Health Premier Plan.

- Proveedores de atención médica, como médicos y profesionales en enfermería
- Centros, como hospitales o clínicas
- Proveedores de apoyo, como proveedores de atención médica a domicilio

También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta.

- Farmacias minoristas y cadenas de farmacias
- Farmacias de pedidos por correo
- Farmacias de infusión intravenosa en el hogar
- Farmacias de atención a largo plazo

Definición de proveedores de la red

- Entre los proveedores de la red de Aetna Better Health Premier Plan se incluyen los siguientes:
 - Médicos, profesionales en enfermería, psicólogos, especialistas auditivos, dentales o de la vista, personal de enfermería, farmacéuticos, terapeutas y otros profesionales de salud que puede usar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan productos y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto durante una emergencia, debe obtener sus medicamentos con receta en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan los pague.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web de Aetna Better Health Premier Plan pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

J4. Explicación de beneficios

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro

Para mantener actualizado su registro de miembro, díganos cuando sus datos cambien.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted.

Ellos utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o la cobertura de compensación laboral.
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hogar de convalecencia o un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o cualquier otra persona responsable por usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (NOTA: No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquier información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención	16
A1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de atención.	16
B. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan	17
B1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros	18
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.	20
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.	20
D. Cómo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual y la Línea de crisis de salud conductual	21
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual	22
D2. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual.	26
E. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).	27
E1. Cuándo ponerse en contacto con el MMAP.	27
F. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	28
F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta.	28
G. Cómo ponerse en contacto con Medicare	29
H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid de Michigan	30
I. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de MI Health Link	30
J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan	31
K. Cómo denunciar fraude y abuso	32
L. Otros recursos	33



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Cómo ponerse en contacto con su coordinador de atención

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que le ayudará a obtener la atención y los servicios que afectan su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en Aetna Better Health Premier Plan. Su coordinador de atención lo conocerá y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione a la perfección para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y definir objetivos para una vida saludable. Cuando tenga preguntas o un problema sobre su salud, o los servicios o atención que le proporcionamos, puede llamar a su coordinador de atención. **Su coordinador de atención es la persona a la que “debe acudir”** en Aetna Better Health Premier Plan.

En Aetna Better Health Premier Plan, nuestro objetivo es satisfacer las necesidades de una forma adecuada para usted. Es por esto que lo llamamos nuestro programa “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrado en la persona se da cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que esté relacionado con **sus** objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, puede involucrar a personas que considere fundamentales para su éxito, como familiares amigos o representantes legales.

LLAME AL	1-855-676-5772 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan Attn: Care Management Dept. 7400 W. Campus, MC F499 New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan .

A1. Cuándo ponerse en contacto con su coordinador de atención

- preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre otros servicios y apoyos que necesite

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Cuando se inscriba en Aetna Better Health Premier Plan, uno coordinador de atención se reunirá con usted para hacerle una evaluación. La evaluación nos ayudará a obtener más información sobre sus necesidades de salud. También nos ayudará a determinar si es elegible para los LTSS. Si es elegible, volveremos a evaluarlo una vez por año para determinar si sus necesidades o su elegibilidad han cambiado. Para ser elegible para los LTSS, debe encontrarse en un nivel de atención institucional. Puede ser elegible para recibir algunos LTSS a través de una exención.

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

- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios de atención personal
- Atención médica a domicilio

Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.

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

LLAME AL	1-855-676-5772 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health Premier Plan Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998-2980
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos. **O bien**
 - El monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura de la atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica.
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (ya sea un proveedor de la red o que no pertenezca a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o bien**
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos con receta de Medicaid de Michigan y los medicamentos de venta libre de Medicaid de Michigan.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos.
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Usted, su médico/otro proveedor o su representante pueden enviarnos su solicitud de apelación por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Premier Plan
Coverage Determination Pharmacy Department
4500 E. Cotton Center Blvd
Phoenix, AZ 85040
 - También puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o envíe la solicitud por fax al **1-844-242-0914**.
 - Los medicamentos de Medicaid figuran como medicamentos de Nivel 3 en la *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre sus medicamentos.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su reclamo es por una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health Premier Plan directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para solicitar ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.
- Solicite más información sobre nuestro plan, incluida la información sobre la estructura y el funcionamiento de Aetna Better Health Premier Plan y sobre cualquier plan de incentivo de médicos.

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas

Aetna Better Health Premier Plan tiene una línea de enfermería disponible para ayudar a responder sus preguntas médicas. La Línea de enfermería no toma el lugar de su proveedor de atención primaria pero se encuentra disponible como otro recurso para usted. Este servicio está disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos.

LLAME AL	1-855-676-5772 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas

- preguntas sobre su atención médica



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Michigan.

D. Cómo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual y la Línea de crisis de salud conductual

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los miembros de Aetna Better Health Premier Plan a través de la red de proveedores del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) local. Los miembros que obtengan servicios a través del PIHP continuarán recibéndolos de acuerdo con su plan de salud. Aetna Better Health Premier Plan brindará los servicios de atención personal proporcionados previamente por el programa de ayuda domiciliaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS). Otros servicios médicamente necesarios de salud conductual, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastornos por abuso de sustancias, incluso psicoterapia o asesoramiento (individual, familiar y grupal) cuando estén indicados, están disponibles y son coordinados a través del plan de salud y del PIHP. Cualquier persona puede recibir estos servicios.

Si tiene preguntas acerca de sus servicios de salud conductual, comuníquese con Aetna Better Health Premier Plan. Si necesita asistencia inmediata o está atravesando una crisis de salud conductual, marque 988 para comunicarse con la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis o póngase en contacto con uno de los recursos para casos de crisis que se indican a continuación.

Línea de información general de salud conductual:

Atención de la Línea de información general de salud conductual en la Región 4: Condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren

LLAME AL	1-855-676-5772 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Atención de la línea de información general del PIHP de la región 7: Condado de Wayne

LLAME AL	1-800-241-4949 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención de la Línea de información general de salud conductual en la Región 9: Condado de Macomb

Autoridad Comunitaria de Salud Mental del condado de Macomb

LLAME AL	1-855-996-2264 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Dónde y cuándo obtener una evaluación
- Dónde acudir para obtener servicios
- Una lista de otros recursos comunitarios

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Línea de crisis de salud conductual:

Línea de crisis de salud conductual de la Región 4 se prestan servicios en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren.

Línea de crisis del condado de Barry

Autoridad de Servicios Comunitarios de Salud Mental (CMH) del condado de Barry

LLAME AL	1-866-266-4781 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de crisis de salud conductual del condado de Berrien

Autoridad de Salud Mental de Berrien

LLAME AL	1-800-336-0341 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de crisis de salud conductual del condado de Branch

Pines Behavioral Health

LLAME AL	1-888-725-7534 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

**Línea de crisis de salud conductual del condado de Calhoun
Summit Pointe**

LLAME AL	1-800-632-5449 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Línea de crisis de salud conductual del condado de Cass
Woodlands Behavioral Healthcare Network**

LLAME AL	1-800-323-0335 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Línea de crisis de salud conductual del condado de Kalamazoo
Integrated Services of Kalamazoo**

LLAME AL	1-888-373-6200 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

**Línea de crisis de salud conductual del condado de St. Joseph
CMH & Substance Abuse Services of St. Joseph County**

LLAME AL	1-800-622-3967 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Línea de crisis de salud conductual del condado de Van Buren
Autoridad Comunitaria de Salud Mental de Van Buren**

LLAME AL	1-800-922-1418 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Línea de crisis de salud conductual de la Región 7 (condado de Wayne)

LLAME AL	1-844-623-4357 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Línea de crisis de salud conductual de la Región 9 (condado de Macomb)

LLAME AL	(586) 307-9100 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

D2. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual

- Pensamientos suicidas
- Información sobre salud/enfermedad mental
- Adicciones/abuso de sustancias
- Ayuda para un amigo o ser querido
- Problemas con las relaciones
- Abuso/violencia
 - Si sufre o sospecha de abuso, negligencia o maltrato, puede **llamar a Servicios de Protección para Adultos (APS) al 1-855-444-3911 en cualquier momento del día o la noche** para realizar una denuncia. Los APS investigará dentro de las 24 horas después de informarlo.
- Problemas económicos que causan ansiedad o depresión.
- Soledad.
- Problemas familiares.
- Si experimenta una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMA) de Michigan.

El MMA no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud.

LLAME AL	1-800-803-7174 Esta llamada es gratuita. Horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
TRS	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
CORREO ELECTRÓNICO	info@mmapinc.org
SITIO WEB	mmapinc.org/

E1. Cuándo ponerse en contacto con el MMA

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare y Medicaid de Michigan.
 - Los asesores del MMA pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - Comprender sus derechos.
 - Comprender su cobertura para medicamentos, como medicamentos con receta y de venta libre.
 - Comprender sus opciones del plan.
 - Presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento. **Y**
 - Solucionar problemas con las facturas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Nuestro estado utiliza una organización denominada Livanta para la mejora de la calidad. Esta es un grupo de médicos y otros profesionales de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

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

F1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo ponerse en contacto con Medicare

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H. Cómo ponerse en contacto con Medicaid de Michigan

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

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid de Michigan, llame a la Línea de ayuda de beneficiarios.

LLAME AL	Línea de ayuda de beneficiarios 1-800-642-3195 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 07:00 p.m.
TTY	1-866-501-5656 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	PO Box 30479 Lansing, MI 48909-7979

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan determina la elegibilidad para Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas sobre la renovación anual o la elegibilidad para Medicaid de Michigan, póngase en contacto con su especialista del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Si tiene preguntas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales, llame al **1-855-275-6424**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.

I. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de MI Health Link

El programa del defensor del pueblo de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Trabajan como defensores en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. El defensor del pueblo de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Michigan a resolver problemas de servicios o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

LLAME AL	1-888-746-6456
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
CORREO ELECTRÓNICO	help@mhlo.org
SITIO WEB	www.mhlo.org

J. Cómo ponerse en contacto con el Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan

El programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y otros centros de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

LLAME AL	1-866-485-9393
ESCRIBA A	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	mltcop.org/contact
SITIO WEB	mltcop.org/



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

K. Cómo denunciar fraude y abuso

Si sospecha que hay casos de fraude, uso indebido o abuso, infórmenos.

LLAME AL	1-866-806-7020 – Unidad de Investigaciones Especiales de Aetna 1-855-MI-FRAUD (643-7283) – Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan
ESCRIBA A	Office of Inspector General PO Box 30062 Lansing, MI 48909
CORREO ELECTRÓNICO	MDHHS-OIG@michigan.gov
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Michigan/fraud-abuse https://www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/providers/providers/billingreimbursement/report-medicaid-fraud-and-abuse Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

L. Otros recursos

AGENCIA DE ÁREA LOCAL	LLAME AL	SITIO WEB Y ÁREA DE SERVICIO
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1A	1-313-446-4444	DetroitSeniorSolution.org Condado en el que se presta servicio: Wayne (área de Detroit)
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1B	1-800-852-7795	AAA1b.org Condados en los que se presta servicio: Livingston, Macomb, Monroe, Oakland, St. Clair y Washtenaw
The Senior Alliance – Agencia de Área sobre el Envejecimiento 1C	1-800-815-1112	TheSeniorAlliance.org Condados en los que se presta servicio: zonas sur y oeste de Wayne
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3A	1-269-373-5200	Kalcounty.com/AAA Condado en el que se presta servicio: Kalamazoo
Carewell Services Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3B	1-269-966-2450 1-800-626-6719 (fuera del condado de Calhoun)	CarewellServices.org Condados en los que se presta servicio: Barry y Calhoun
Agencia de Área sobre el Envejecimiento 3C	1-888-615-8009	BHSJ.org/aaa Condados en los que se presta servicio: Branch y St. Joseph
Agencia de Área sobre el Envejecimiento Región IV	1-800-654-2810	AreaAgencyonAging.org Condados en los que se presta servicio: Berrien, Cass y Van Buren



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

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

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	36
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	36
C. Información acerca de su coordinador de atención	38
C1. Qué es un coordinador de atención	38
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención	38
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	38
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red	39
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	39
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	41
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en el plan	42
D4. Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	43
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	43
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	44
G. Cómo participar en acuerdos de autodeterminación	44
G1. ¿Cuáles son los acuerdos que respaldan la autodeterminación?	44

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G2. ¿Quiénes pueden obtener acuerdos que respaldan la autodeterminación?	44
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores	44
H. Cómo obtener servicios de transporte	45
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	45
I1. Atención ante una emergencia médica	45
I2. Atención de urgencia	47
I3. Atención durante un desastre	48
J. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	48
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan	49
K. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	49
K1. Definición de un estudio de investigación clínica	49
K2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica	50
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	50
L. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	51
M. Equipos médicos duraderos (DME)	52
M1. DME como miembro de nuestro plan	52
M2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	52
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	53
M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	53



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

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

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

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

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

Aetna Better Health Premier Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan. Esto incluye los servicios de salud conductual, los servicios y apoyos a largo plazo y los medicamentos con receta.

Por lo general, Aetna Better Health Premier Plan pagará la atención médica y otros servicios y apoyos que reciba si sigue las normas del plan. Las únicas excepciones son si tiene un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local o las primas del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.

Para tener cobertura de nuestro plan, se deben cumplir los siguientes requisitos:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que usted necesita estos servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado la atención o le haya indicado que consulte a otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de poder consultar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 37.
 - No necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia o para un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener la remisión de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 41.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 39.
- **Debe recibir atención por parte de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información o conocer qué significan los términos "atención de emergencia" o "atención de urgencia", consulte la Sección I en la página 45.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre, y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red primero debe obtener la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan. En este caso, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para saber cómo puede obtener la aprobación para un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D en la página 39.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es accesible por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si el plan es algo nuevo para usted, puede seguir recibiendo los servicios y usando los médicos y otros proveedores actuales durante, al menos, 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción. Los servicios de exención de apoyos de habilitación o del Programa de servicios y apoyos especiales prestados por el Plan de salud prepago para pacientes internados (PIHP) que pueda estar recibiendo actualmente no cambiarán debido a su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan. En cuanto al resto de los servicios, podrá seguir acudiendo a los médicos y proveedores que utiliza ahora durante un máximo de 180 días a partir de la fecha de inicio de su inscripción. Su coordinador de atención trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar servicios durante este período. Llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener información acerca de los servicios de hogares de convalecencia.

C. Información acerca de su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona que trabajará con usted para ayudarle a obtener los servicios y apoyos cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan que necesita y desea.

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención

Cuando se reúne por primera vez con su coordinador de atención, le dará su número de teléfono. También puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Llame al Departamento de Servicios para Miembros e infórmenos que desea cambiar su coordinador de atención. Lo pondremos en contacto con el Departamento de Administración de la Atención para que analice sus opciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

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

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

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

Definición de un “PCP” y qué hace el PCP por usted

¿Qué es un PCP?

- Su proveedor de atención primaria (PCP) trabaja con usted y su coordinador de atención para dirigir y coordinar su atención médica. Un PCP puede ser un médico, un profesional en enfermería o, en algunos casos, un especialista. Su PCP realiza sus controles de atención preventiva y lo trata para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- De ser necesario, su PCP lo enviará a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital. Si bien no necesita aprobación (denominada remisión) de su PCP para acudir a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de acudir a un especialista o antes de acudir a otro médico por una afección que no sea de emergencia. También debe comunicarse con su PCP para realizar un seguimiento después de una visita al departamento de emergencias o urgencias o después de una hospitalización, así como después de cualquier consulta a un especialista.
- Debe compartir con su PCP cualquier cambio en su atención o recomendaciones que el especialista le haya indicado. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Obstetras/ginecólogos
- Geriatría

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Qué es un PCP

Hay ocasiones en que otros médicos que no pertenezcan a las especialidades antes indicadas pueden actuar como PCP. Si tiene una afección médica crónica, como diabetes, quizás necesite que un especialista le brinde atención como su PCP. El Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarle con esta decisión. Si desea que un especialista sea su PCP, dicho especialista debe aceptar esto y primero debe ponerse en contacto con nosotros para coordinar los arreglos.

Su PCP y sus otros proveedores son responsables de seguir los requisitos de autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan y de obtener un número de autorización.

¿Cuándo puede una clínica ser su proveedor de atención primaria (RHC/FQHC)?

Si una clínica donde recibe la mayoría de sus servicios de atención primaria es un Centro de salud con calificación federal (FQHC) o un Centro de salud rural (RHC), entonces la clínica puede ser asignada como su proveedor de atención primaria.

Su elección del PCP

Cuando elija a su PCP, tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Tiene un PCP al que desearía seguir acudiendo?
- ¿El consultorio de su PCP está cerca de su hogar?
- ¿Su PCP ejerce en un hospital cerca de su hogar?
- ¿El horario de atención de su PCP cumple con sus necesidades?
- ¿Acude a un centro de salud rural (RHC) o a un centro de salud con calificación federal (FQHC) para recibir atención?

Formas de encontrar un PCP en nuestra red:

- Visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan** y seleccione “Find A Provider/Pharmacy” (Encontrar un proveedor o una farmacia).
- Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.
- Busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* impreso, si solicitó uno.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Opción de cambiar de PCP

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

Para encontrar un nuevo PCP, utilice nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si desea cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El cambio entrará en vigencia de inmediato después de recibir la solicitud.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen problemas cardíacos.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen problemas óseos, articulares o musculares.

Puede acudir a cualquiera de los especialistas de nuestra red. Su PCP o coordinador de atención pueden recomendarle un especialista. El Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarlo a encontrar un proveedor cerca. No necesita una remisión para ir a un especialista de la red. Sin embargo, es posible que el especialista se ponga en contacto con nosotros para obtener la aprobación para verlo antes de su cita. Esto se denomina autorización previa. Los médicos y directores médicos de Aetna Better Health Premier Plan revisan los servicios para asegurarse de que sean lo que usted necesita.

Sus proveedores deben obtener la autorización previa del plan antes de que usted pueda recibir determinados servicios. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Los beneficios que requieren autorización previa incluyen notas al pie en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Un proveedor de la red que utiliza puede dejar el plan. Si uno de los proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo que se encuentre dentro de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpa, y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no encontramos un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde su atención cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. El proveedor fuera de la red primero debe obtener la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan.
- Si cree que no le hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Hable con su coordinador de atención o póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

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

Por lo general, debe acudir a proveedores que estén en nuestra red. Hay momentos en los que podrá acudir a un proveedor fuera de la red, como en los siguientes casos:

- Necesita servicios de emergencia.
- Necesita atención de urgencia.
- Se encuentra fuera del área de servicio y necesita diálisis.
- Aetna Better Health Premier Plan aprobó que acuda a un proveedor fuera de la red durante los primeros 90 días desde la fecha de inicio de la inscripción en Aetna Better Health Premier Plan (o 180 días si recibe servicios mediante la exención de apoyos de habilitación o el Programa de Servicios y Apoyos Especiales mediante el PHIP). El proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con nosotros para obtener aprobación para atenderlo antes de su cita.

Cuando un proveedor con determinada especialidad no está disponible en la red, el proveedor debe obtener una autorización previa antes de su cita. Los proveedores fuera de la red son responsables de obtener una autorización previa. Se puede solicitar una autorización previa llamando al **1-855-676-5772** o enviando la solicitud por fax al **1-844-241-2495**. El formulario de autorización previa está disponible en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid de Michigan.
- Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

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

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, puede reunir los requisitos para recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) en un centro de atención de enfermería o en su hogar. Los LTSS proporcionan asistencia para que pueda permanecer en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o un hospital, o pueden ayudarle a realizar la transición de un centro de atención de enfermería a la comunidad. Los LTSS pueden brindar ayuda para bañarse, vestirse y con otras actividades básicas de la vida diaria. Los LTSS también pueden incluir modificaciones en el hogar, equipos y suministros de adaptación, y tareas domésticas.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Para reunir los requisitos para estos servicios, debe cumplir con el nivel de atención del centro de atención de enfermería. Su coordinador de atención se reunirá con usted y evaluará sus necesidades. Cuando reúna los requisitos para estos servicios, volveremos a evaluarlo al menos una vez por año para determinar si los servicios satisfacen sus necesidades. Si tiene alguna pregunta sobre los LTSS o para saber si reúne los requisitos, llame a su coordinador de atención.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Todos los servicios de salud conductual están disponibles para los miembros de Aetna Better Health Premier Plan a través de la red de proveedores del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) local. Estos servicios están disponibles y son coordinados a través de su coordinador de atención y el PIHP.

Si actualmente recibe servicios a través del PIHP, seguirá recibéndolos de acuerdo con su plan de atención. Si necesita servicios de salud conductual, hable con su coordinador de atención. Para ponerse en contacto directamente con el PIHP, consulte la información de contacto en el Capítulo 2.

G. Cómo participar en acuerdos de autodeterminación

G1. ¿Cuáles son los acuerdos que respaldan la autodeterminación?

La autodeterminación es una opción disponible para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el HCBS de MI Health Link. Se trata de un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida.

- Esto incluye administrar un monto fijo de dinero para cubrir sus servicios y apoyos autorizados. A menudo, eso se denomina “presupuesto individual”.
- Si decide hacer esto, también tendría control sobre la contratación y administración de proveedores.

G2. ¿Quiénes pueden obtener acuerdos que respaldan la autodeterminación?

Los acuerdos que respaldan la autodeterminación están disponibles para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, denominado HCBS de MI Health Link.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores

Puede trabajar junto a su coordinador de atención para recibir ayuda para emplear proveedores.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita traslado a sus citas, llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y elija la opción de transporte. También puede llamar al programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) directamente al **1-844-549-8347 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 06:00 a.m. a 10:00 p.m. y sábados de 08:00 a.m. a 04:00 p.m. para programar. Debe llamar 3 días antes de su cita. Si necesita ayuda, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros.

Los proveedores de transporte y los miembros pueden recibir un reembolso por las millas, los peajes, las tarifas de estacionamiento, los gastos de comida y alojamiento aprobados, y los cuidadores. El plan cubre los servicios que siguen el programa MI HealthLink y el reembolso de millas del IRS. Dicho reembolso está permitido para los cuidadores que son médicamente necesarios.

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

I1. Atención ante una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

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

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

Qué hacer en el caso de una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP. No necesita consultar a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. Llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los proveedores que ofrecen atención en caso de emergencia deciden en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica. Seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes en caso de que necesite recibir atención de seguimiento para sentirse mejor.

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

Qué hacer en el caso de una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Una emergencia es una afección de salud conductual que pone en riesgo la vida y requiere de atención médica inmediata. Necesita obtener atención inmediatamente. Si no recibe atención de inmediato, la emergencia podría provocar la muerte o daños en usted u otras personas. Es posible que tenga una emergencia relacionada con la salud mental, las drogas o el alcohol.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

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

12. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia se refiere a la atención que se obtiene por una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente o un dolor de garganta grave que se presenta durante el fin de semana y necesita que se la traten.

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

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

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

Sin embargo, si no es posible o conveniente llegar a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede llamar a su PCP de día o de noche. Si tiene una necesidad urgente, su PCP o un proveedor de guardia le indicará qué hacer. Si su PCP no se encuentra en el consultorio, deje un mensaje en el servicio de mensajes telefónicos y su PCP le devolverá la llamada.

Es posible que su PCP le indique que acuda a un centro de atención de urgencia. Puede encontrar un centro de atención de urgencia en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Michigan** haciendo clic en “Find a Provider/Pharmacy” (Encontrar un proveedor o una farmacia) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

También puede llamar a nuestra Línea de enfermería si tiene preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. El número de teléfono es **1-855-676-5772**. Seleccione la opción Línea de enfermería.

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

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

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

I3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan

Aetna Better Health Premier Plan cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios; **y**
- que figuren en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4); **y**
- que recibe por cumplir con las normas del plan.

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

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

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

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

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

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como un ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedirles a los voluntarios que participen en el estudio.

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe o que obtenga aprobación de nuestra parte o de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que, esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados en virtud de determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y ensayos sobre dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos al respecto.

K2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica

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

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

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

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Michigan.

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

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica).

L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Nuestro plan cubrirá los días de hospitalización ilimitados en un hospital de la red cuando la hospitalización sea médicamente necesaria y con autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

M. Equipos médicos duraderos (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Entre los DME, se incluyen ciertos productos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicita un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, por lo general, no se quedará con el DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

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

M2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Nota: Puede encontrar las definiciones de Original Medicare y los planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted para 2024). Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

- no se había convertido en el propietario del producto de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

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

- alquiler de equipos de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no es médicamente necesario para usted o si usted deja nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Si aún es médicamente necesario el equipo de oxígeno **luego de alquilarlo por 36 meses**:

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

Si aún es médicamente necesario el equipo de oxígeno **al finalizar el período de 5 años**:

- su proveedor ya no debe proveerlo y usted puede elegir solicitar equipos de reemplazo a cualquier proveedor;
- comienza un nuevo periodo de 5 años;
- alquilará de un proveedor por 36 meses;

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- luego, su proveedor debe proveerle equipos de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses;
- comienza un nuevo ciclo cada 5 años mientras que los equipos de oxígeno sean médicamente necesarios.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	56
A1. Durante las emergencias de salud pública.....	57
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	57
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	57
D. Tabla de beneficios.....	62
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan.....	125
E1. Atención en un hospicio.....	125
E2. Servicios cubiertos por el plan o el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) ...	126
F. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, Medicare o Medicaid de Michigan.....	127



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Sus servicios cubiertos

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

Usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles sobre las normas del plan. Las únicas excepciones son si paga alguno de los siguientes:

- Un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local.
- La prima que tenga del programa Libertad para trabajar. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.

Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) regionales o los proveedores de servicios de salud mental comunitaria (CMHSP). Esto incluye servicios de salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo o un trastorno por abuso de sustancias y vive en el condado de Wayne, comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo o un trastorno por abuso de sustancias y vive en el condado de Macomb, comuníquese con Aetna Better Health Premier Plan para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo o un trastorno por abuso de sustancias y vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, comuníquese con Aetna Better Health Premier Plan para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Si recibe servicios proporcionados por el PIHP, también recibirá un *Manual para miembros* del PIHP, en el que se explicará con más detalle la elegibilidad para el PIHP y los servicios especializados cubiertos.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Según sus criterios de elegibilidad, se podrán ofrecer algunos productos, suministros, apoyos y servicios a través de nuestro plan o del PIHP. Para garantizar que nuestro plan y el PIHP no paguen por los mismos productos, suministros, apoyos o servicios, su coordinador de atención puede ayudarle a obtener lo que necesita de nuestro plan o del PIHP. Los servicios del PIHP tienen distintos criterios de elegibilidad o necesidad médica. Consulte la Sección F de este capítulo y el manual del PIHP para obtener más información.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

A1. Durante las emergencias de salud pública

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

B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios

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

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

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios en la Sección D describe los servicios que paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Se divide en dos secciones:

- Servicios generales
- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Pagaremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas.

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación. Las únicas excepciones son si tiene un monto pagado por el paciente (PPA) para los servicios del centro de atención de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Sociales local o las primas del programa Libertad para trabajar que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de su oficina local del MDHHS en el sitio web

www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html.

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medicaid de Michigan.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica. Se determina que un servicio específico es médicamente (desde el punto de vista clínico) apropiado, necesario para satisfacer las necesidades, coherente con su diagnóstico o problema de salud, es la opción más rentable en el entorno menos restrictivo y concuerda con los estándares clínicos de atención. La necesidad médica incluye aquellos servicios y apoyos diseñados para ayudarlo a alcanzar o mantener un nivel de funcionamiento suficiente que le permita vivir en su comunidad. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en la Tabla de beneficios con una nota al pie. Además, primero debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se encuentran en la Tabla de beneficios: Servicios de sangre para pacientes externos.
- **Información importante sobre beneficios para los miembros con determinadas afecciones crónicas.** Si tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
 - Panarteritis nodular
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoidea
 - Lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
 - Arritmias cardíacas
 - Arteriopatía coronaria
 - Enfermedad vascular periférica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
- Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos graves
 - Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
 - Enfisema

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
- VIH/SIDA
- Hiperlipidemia
- Hipertensión
- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Epilepsia
 - Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple (MS)
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
 - Síndrome mielodisplásico

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

- Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo falciforme)
- Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Accidentes cerebrovasculares

Cómo ser elegible

Para ser elegible para este beneficio, debe tener lo siguiente:

- 1 código de diagnóstico relacionado con las 17 afecciones crónicas registradas después del 1/1/2023

Su elegibilidad se determina a través de las reclamaciones médicas que presenta su proveedor. No puede declararse a sí mismo. Solo puede calificar para este beneficio mediante reclamaciones médicas que presente su proveedor. Las reclamaciones deben tener diagnósticos que respalden las condiciones de calificación.

Consulte la fila “Help with certain chronic conditions” (Ayuda para determinadas enfermedades crónicas) de la Tabla de beneficios para obtener más información.

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

D. Tabla de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan pagará una ecografía de detección solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la región lumbar</p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas en un plazo de 90 días si tiene dolor crónico en la región lumbar, el cual se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • aquel que no está asociado con un embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted demuestra una mejora. Es posible que no obtenga más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos y suministros médicos de adaptación</p> <p>El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad de realizar actividades de la vida diaria o de percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silla/banco para la ducha. • Sillas que se elevan. • Asiento de inodoro elevado. • Dispositivos para alcanzar objetos. • Abridores de frascos. • Asientos de transferencia. • Elevadores para el baño/la habitación. • Discos giratorios. • Accesorios para la bañera, como cepillos exfoliantes con mango largo. • Accesorios para teléfono. • Teléfono o relojes automáticos que ayudan con los recordatorios de medicamentos. • Ganchos para botones o tiradores de cremalleras. • Utensilios para comer modificados. • Accesorios para higiene bucal modificados. • Herramientas de cuidado personal modificadas. • Almohadillas térmicas. • Contenedores para objetos filosos. • Productos para hacer ejercicio y otros productos para terapia. • Tensiómetro con función de voz. • Suplementos nutricionales, como Ensure. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección y asesoramiento de abuso de alcohol</p> <p>El plan pagará una sola prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusen del alcohol pero que no tengan una dependencia. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener un control anual. Esto es para desarrollar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta consulta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No necesita haber tenido primero una consulta “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más seguido si son médicamente necesarios. El plan también pagará para que un médico examine y emita su opinión sobre los resultados.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
	<p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan paga una consulta por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el consumo de aspirina. • Controlar la presión arterial. O bien • Brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
	<p>Análisis de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficios de teléfonos celulares</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan que estén interesados en Lifeline, el programa federal gratuito de teléfonos celulares, reciben el sitio web, el número de teléfono o una solicitud de nuestro proveedor de Lifeline contratado para completar a fin de determinar si reúnen los requisitos.</p> <p>El proveedor le notifica a Aetna Better Health Premier Plan sobre aquellos miembros que están aprobados y participan del programa. Los miembros que reúnan los requisitos son elegibles para recibir un teléfono inteligente con minutos para hablar y datos.</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health Premier Plan reciben llamadas gratuitas ilimitadas del número del Departamento de Servicios para Miembros. Estas llamadas no aplican a la asignación mensual de minutos. El plan enviará mensajes de texto gratuitos relacionados con la salud y otros mensajes gratuitos según corresponda.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres, se cubre lo siguiente: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que tienen un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna para corregir la alineación • radiografías de diagnóstico <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a una sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no corren un alto riesgo y de 45 años o más. Una vez como mínimo 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección de cáncer colorrectal en heces cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo. 	
<p>Servicios de trabajadores de salud comunitaria (CHW)</p> <p>Los CHW son proveedores de salud pública no certificados que facilitan el acceso a los servicios médicos y sociales que los miembros necesitan.</p> <p>Los servicios de CHW se centran en la prevención de enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su avance, así como en la promoción de la salud física y mental.</p> <p>Un proveedor certificado debe recomendar los servicios de CHW.</p> <p>Las afecciones que pueden definir la elegibilidad de un miembro para recibir los servicios de CHW incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de una o más afecciones crónicas, incluida la salud conductual; • Necesidades sociales relacionadas con la salud que, al parecer o según los registros, no estén cubiertas; o bien • Embarazo y postparto. 	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición en la comunidad</p> <p>El plan paga gastos únicos para que usted realice una transición de un hogar de convalecencia a otra residencia donde sea responsable de sus propias adaptaciones para vivir. Los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos de garantía o vivienda. • Depósitos y conexiones de servicios públicos (sin incluir televisión ni Internet). • Muebles (limitado). • Aparatos (limitado). • Gastos móviles (sin incluir dispositivos de recreación o entretenimiento). • Limpieza, incluida la erradicación de plagas, el control de alérgenos y la limpieza en general. <p>Este servicio no incluye gastos de hipoteca o alquiler mensuales existentes, cargos por servicios públicos habituales ni productos diseñados para fines recreativos o de entretenimiento. La cobertura se limita a una vez por año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejarlo en un período de 12 meses. Cada tentativa con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>El plan cubre hasta 42 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar adicionales a las de Medicare.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Aetna Better Health Premier Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes y las evaluaciones están cubiertos una vez cada seis meses. • La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses. • El tratamiento con flúor diamino de plata está cubierto con un máximo de seis aplicaciones de por vida. • Radiografías. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Las radiografías con aleta de mordida son un beneficio cubierto solo una vez en un período de 12 meses. ◦ Una radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. ◦ Una serie de radiografías completa o de toda la boca es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes. • Extracciones. • Dentaduras postizas completas o parciales cubiertas una vez cada cinco años. • Los selladores están cubiertos una vez cada tres años, si se cumplen los criterios. • Las restauraciones indirectas (coronas) están cubiertas una vez cada 5 años por diente, si se cumplen los criterios. • Tratamiento/repetición de tratamiento de conducto de un tratamiento de conducto previo. • Evaluación periodontal integral. • Raspado dental a causa de inflamación. • Raspado periodontal y pulido radicular. • Otros mantenimientos periodontales. <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan pagará una sola prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y remisiones, que incluyen remisiones a su proveedor de atención primaria o al Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) para evaluaciones y servicios adicionales.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios del programa de prevención de diabetes (MiDPP)</p> <p>El plan pagará 22 sesiones estructuradas de una hora de cambio conductual de la salud a cargo de un asesor para el estilo de vida inscrito en Medicaid asociado con un proveedor del MiDPP inscrito para miembros que tengan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso u obesidad según lo definido por el índice de masa corporal (IMC) y tengan una de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Niveles elevados de glucosa en sangre según los estándares de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para los requisitos de niveles de glucosa en sangre. ◦ Antecedentes de diabetes mellitus gestacional (GDM). ◦ Puntaje de “alto riesgo” en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC. <p>Una miembro con diabetes tipo 1 o tipo 2 previamente diagnosticada o que esté actualmente embarazada no puede inscribirse en el MiDPP.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede cumplir con los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un glucómetro. ◦ Tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre. ◦ Dispositivos de punción y lancetas. ◦ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que tienen diabetes y pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario. O bien ◦ Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles no adaptadas proporcionadas con dichos zapatos). <p>El plan también pagará la adaptación de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. <p>Los suministros y medidores continuos de glucosa preferidos son FreeStyle Libre® y Dexcom®.</p> <p>El medidor de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas preferidos son productos de Lifescan OneTouch®.</p> <p>Se requiere autorización previa para recibir más de un glucómetro por año y para recibir más de 100 tiras reactivas cada 30 días.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doula</p> <p>El plan pagará distintos tipos de servicios de doula, como doulas comunitarias, doulas prenatales, doulas de trabajo de parto y parto, y de postparto.</p> <p>El plan pagará un total de seis visitas durante los períodos prenatal y posparto, y una visita de asistencia durante el trabajo de parto y el parto. Pueden solicitarse visitas adicionales.</p> <p>El apoyo de doula durante el período perinatal puede incluir, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prenatales • Servicios de trabajo de parto y del parto • Servicios de posparto <p>La recomendación para los servicios de doula debe proceder de cualquier proveedor de atención médica autorizado.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “Equipos médicos duraderos [DME]”, consulte la Sección M de los Capítulos 12 y 3 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemasistemas de colchones eléctricos • Suministros para la diabetes • Cama de hospital recetada por un proveedor para usar en el hogar <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos para la generación del habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores <p>También se cubren los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacaleches • Bastones • Sillas con orinal • Dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) • Nutrición enteral • Monitor de actividad uterina para el hogar • Suministros para la incontinencia • Bomba y suministros de insulina • Elevadores, cabestrillos y asientos • Bomba de linfedema • Tratamiento para heridas con presión negativa • Calzado ortopédico • Dispositivos ortésicos • Estimulador de osteogénesis • Medidor de flujo espiratorio máximo • Suministros para ostomía • Nutrición parenteral • Productos de gradientes de presión <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superficies de apoyo para reducir la presión • Prótesis • Oxímetro de pulso • Vendajes quirúrgicos • Suministros de atención de traqueostomía • Estimulador de nervios eléctrico transcutáneo • Respiradores • Desfibriladores cardioversores portátiles <p>Otros productos pueden estar cubiertos.</p> <p>Algunos DME se proporcionan de acuerdo con la póliza de Medicaid de Michigan. Los requisitos para la remisión, órdenes de un médico y evaluaciones se aplican junto con las limitaciones al reemplazo y la reparación.</p> <p>Podrían estar cubiertos otros productos, incluidos accesorios para el entorno o tecnología de adaptación/auxiliar. Aetna Better Health Premier Plan también puede cubrir la capacitación para utilizar, modificar o reparar su producto. Su equipo de atención integrado trabajará con usted para decidir si estos otros productos y servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su plan de atención.</p> <p>Algunos productos también pueden tener cobertura a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) según los criterios de elegibilidad. Estos productos deben ser pagados ya sea por nuestro plan o por el PIHP, no por ambos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que, generalmente, pagan Medicare y Medicaid de Michigan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarles un envío especial para usted.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, tapa). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Al menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>El plan también pagará algunos servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Análisis genético. <p>Puede requerirse autorización previa para asesoramiento y pruebas genéticas.</p>	
<p>Acondicionamiento físico</p> <p>Aetna Better Health Premier Plan ofrece la membresía de SilverSneakers® a los miembros sin costo adicional. SilverSneakers es el programa de acondicionamiento físico líder en la comunidad del país diseñado específicamente para adultos mayores. Promueve un mayor compromiso y responsabilidad al proporcionarles a los miembros oportunidades de ejercicio regular (entrenamiento de fuerza, aeróbicos y flexibilidad) y de apoyo social.</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a miles de ubicaciones de acondicionamiento físico participantes. • Uso de instalaciones básicas (pesas, cintas, piscinas, etc.). • Clases de acondicionamiento físico. • Actividades y clases grupales fuera del entorno del gimnasio tradicional (clases FLEX en la comunidad). • Un kit para el hogar o un kit Steps disponibles cada año calendario. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acondicionamiento físico (continuación)</p> <p>Los recursos en línea incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portal para miembros. • Clases en vivo. • Clases bajo demanda. • Aplicación de SilverSneakers con recordatorios para moverse y más. <p>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El plan ofrece una amplia variedad de herramientas y programas educativos sobre salud y nutrición disponibles para los miembros sin ningún costo adicional, que incluye materiales educativos para los miembros, uso de herramientas educativas y sistemas de apoyo.</p>	\$0
<p>Servicios auditivos</p> <p>El plan paga exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Para los adultos mayores de 21 años, el plan paga la evaluación o colocación de audífonos dos veces al año y paga por audífonos una vez cada cinco años. Se requieren remisión y autorización.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Para miembros que reúnen los requisitos de los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas, el plan ofrece una tarjeta de beneficios adicionales con una asignación de \$50 cada mes para ayudar con los servicios públicos, el alquiler y los alimentos saludables.</p> <p>Si tiene las siguientes afecciones crónicas y cumple con determinados criterios médicos, puede ser elegible para recibir este beneficio adicional.</p> <p>Cómo ser elegible</p> <p>Para ser elegible para este beneficio, debe tener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 código de diagnóstico relacionado con las 17 afecciones crónicas registradas después del 1/1/2023 <p>Su elegibilidad se determina a través de los reclamos médicos que presenta su proveedor. Las reclamaciones deben tener diagnósticos que respalden las condiciones de calificación.</p> <p>Si padece una de las afecciones que se mencionan a continuación, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Panarteritis nodular ◦ Polimialgia reumática ◦ Polimiositis ◦ Artritis reumatoidea ◦ Lupus eritematoso sistémico <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Arritmias cardíacas ◦ Arteriopatía coronaria ◦ Enfermedad vascular periférica ◦ Trastorno tromboembólico venoso crónico • Dependencia crónica al alcohol u otras drogas • Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Trastornos bipolares ◦ Trastornos depresivos graves ◦ Trastorno paranoide ◦ Esquizofrenia ◦ Trastorno esquizoafectivo • Insuficiencia cardíaca crónica • Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Asma ◦ Bronquitis crónica ◦ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) ◦ Enfisema ◦ Fibrosis pulmonar ◦ Hipertensión pulmonar <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis • VIH/SIDA • Hiperlipidemia • Hipertensión • Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) ◦ Epilepsia ◦ Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia) ◦ Enfermedad de Huntington ◦ Esclerosis múltiple (MS) ◦ Enfermedad de Parkinson ◦ Polineuropatía ◦ Estenosis espinal ◦ Déficit neurológico relacionado con accidentes cerebrovasculares <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anemia aplásica ◦ Hemofilia ◦ Púrpura trombocitopénica inmunitaria ◦ Síndrome mielodisplásico ◦ Enfermedad de células falciformes (excepto el rasgo falciforme) ◦ Trastorno tromboembólico venoso crónico • Accidentes cerebrovasculares <p>Los beneficios mencionados forman parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos. Se requiere autorización previa.</p>	
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección de VIH, o bien • que tienen mayor riesgo de infección por el VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará terapias de infusión intravenosa, definidas como medicamentos o sustancias biológicas administradas por vena o aplicadas por debajo de la piel y proporcionadas a usted en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, por ejemplo, un antiviral o inmunoglobulinas; • equipos, tal como una bomba; y • suministros, como tubos o catéter. <p>El plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación de los miembros e información que aún no está incluida en el beneficio de DME. • Monitoreo remoto. Y • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted esté recibiendo los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar síntomas y dolor • cuidados paliativos a corto plazo • atención a domicilio <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aetna Better Health Premier Plan cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health Premier Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su coordinador de atención al 1-855-676-5772 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 08:00 a.m a 05:00 p.m.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacuna contra la neumonía. Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. Vacuna contra la COVID-19. Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Medicaid de Michigan. <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, lea el Capítulo 6.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre (incluidos almacenamiento y administración). <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan pagará la sangre total y el concentrado de glóbulos rojos a partir de la primera pinta de sangre que necesite. ◦ El plan pagará el resto de las partes de la sangre a partir de la primera pinta utilizada. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante.</p> <p>Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Aetna Better Health Premier Plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes internados en el hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) regionales o los proveedores de servicios de salud mental comunitaria (CMHSP). Esto incluye servicios para pacientes internados en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo remitirá a Detroit Wayne Integrated Health Network para este servicio.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. ◦ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluidos tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para controlar su diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años; y • realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado por lo menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora, o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de comidas</p> <p>El plan pagará 20 entregas de comidas a domicilio frescas después de una hospitalización de paciente internado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También corresponde después de un trasplante de riñón cuando sea solicitado por su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Después, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que reciba más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a mejorar sus conductas saludables. Brinda capacitación práctica sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios alimenticios a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Aetna Better Health Premier Plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios de un médico, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina administrada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Michigan/formulary. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p>Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>El plan cubrirá el transporte para que usted vaya a sus citas médicas y a la farmacia o regrese de estas, si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • camioneta equipada para silla de ruedas • automóvil de servicio • taxi <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de atención de enfermería</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente administrados por centros de atención de enfermería. • Servicios médicos o proveedores. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>Cuando sus ingresos exceden el monto permitido, debe contribuir con el costo de su atención en un centro de atención de enfermería. Esta contribución, conocida como monto pagado por el paciente (PPA), se requiere si vive en un centro de atención de enfermería. Sin embargo, es posible que no deba pagar todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de atención de enfermería.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de atención de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o ser querido vive en el momento en que usted reúne los requisitos para el centro de atención de enfermería. • El hogar de convalecencia donde vivía cuando se inscribió en Aetna Better Health Premier Plan. <p>Este servicio está diseñado para ser cuidado asistencial a largo plazo y no se superpone con la atención en un centro de atención de enfermería especializada.</p> <p>Para recibir este servicio, debe cumplir con los estándares del nivel de atención del centro de atención de enfermería de Medicaid de Michigan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por abuso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de ingesta • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración y provisión de estos medicamentos • asesoramiento ante el consumo de sustancias • tratamiento individual y grupal • análisis para medicamentos o productos químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, a partir de la primera pinta de sangre que necesite, incluidos el almacenamiento y la administración • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como cirugía o servicios de observación para pacientes externos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si debe ser ingresado en el hospital como “paciente internado”. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado como “paciente externo”. ◦ Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o un paciente externo en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Servicios y pruebas de detección preventivas que se enumeran en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por uno de los siguientes profesionales autorizados por el estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra o médico; • psicólogo clínico; • trabajador social clínico; • especialista en enfermería clínica; • asesor profesional autorizado (LPC); • terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT); • profesional en enfermería (NP); • auxiliar médico (PA); o bien • cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare o Medicaid de Michigan, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) regionales o los proveedores de servicios de salud mental comunitaria (CMHSP). Esto incluye atención de salud mental para pacientes externos.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo remitirá a Detroit Wayne Integrated Health Network para este servicio.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos (continuación)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) regionales o los proveedores de servicios de salud mental comunitaria (CMHSP). Esto incluye servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo remitirá a Detroit Wayne Integrated Health Network para este servicio.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>El plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Suministros de venta libre</p> <p>El plan le ofrece una asignación de \$60 cada mes para suministros de venta libre (OTC) cada tres meses. Los productos deben adquirirse a través del catálogo aprobado de productos de OTC o en ubicaciones de tiendas participantes.</p> <p>Para obtener más información, hable con su coordinador de atención o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital</p> <p>El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes externos, en un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de Salud Prepagos para Pacientes Internados (PIHP) regionales o los proveedores de servicios de salud mental comunitaria (CMHSP). Esto incluye servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo remitirá a Detroit Wayne Integrated Health Network para este servicio.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, llame a Aetna Better Health Premier Plan para obtener este servicio.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de atención personal</p> <p>El plan pagará la asistencia práctica para ayudarlo a que permanezca en su hogar el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida diaria (ADL), por ejemplo, tareas como bañarse, comer, vestirse e ir al baño. Este servicio puede incluir actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), pero solo cuando también hay una necesidad de una ADL. Las actividades de la vida diaria incluyen tareas como ir de compras, lavar ropa, preparar comidas, ofrecer recordatorios para tomar medicamentos y llevarlo a sus citas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que le garantiza ayuda en caso de una emergencia. También puede usar un botón de “ayuda” portátil que le brinde movilidad. El sistema está conectado a su teléfono y programado para enviar una señal a un centro de respuestas cuando se activa el botón de “ayuda”.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios del médico o proveedor, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios brindados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ consultorio médico ◦ centro quirúrgico ambulatorio certificado ◦ departamento hospitalario para pacientes externos <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos auditivos y de equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si el médico así lo indica para averiguar si necesita tratamiento. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que requieren diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una consulta presencial dentro de 6 meses antes de su primera consulta por telesalud. ◦ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud federal calificado. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo; y ◦ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; y ◦ el control no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Una evaluación del video o las imágenes que envía a su médico, como también la interpretación y el seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si cumple con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo; y ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días; y ◦ la evaluación no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas. ◦ Arreglo de fracturas de la mandíbula o huesos faciales. ◦ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación por cáncer neoplásico. O bien ◦ Servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes <p>El plan también cubre 6 consultas preventivas para el cuidado de rutina de los pies por año.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	\$0
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	\$0



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos, y posiblemente otros dispositivos que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • ortodoncia • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamaria (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagará la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura luego de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener detalles.</p> <p>El plan no pagará dispositivos dentales protésicos, excepto las dentaduras postizas totales y parciales (consulte la sección “Servicios dentales”).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden para la rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de relevo</p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo y de forma intermitente para ayudar a su familia u otros cuidadores primarios con el estrés diario y las demandas de atención durante las épocas en las que proporcionan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de trabajadores por hora o por turno deben adaptarse según los reemplazos de personal, los ajustes del plan o los cambios de ubicación y no por la atención de relevo.</p> <p>La atención de relevo no tiene el objetivo de proporcionarse de forma continua y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían que un cuidador no remunerado trabaje en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>La atención de relevo se limita a 14 estadías durante la noche durante 365 días, salvo que Aetna Better Health Premier Plan apruebe tiempo adicional.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar estas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración: <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan pagará la sangre total y el concentrado de glóbulos rojos a partir de la primera pinta de sangre que necesite. ◦ El plan pagará el resto de las partes de la sangre a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente administrados por centros de atención de enfermería. • Servicios médicos o proveedores. <p>No se requiere una hospitalización para recibir atención en un SNF.</p> <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento en que usted se retira del hospital. <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estipendio para gastos de mantenimiento de un animal de servicio</p> <p>El plan pagará un máximo de \$20 por mes para gastos de mantenimiento de un animal de servicio si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usted recibe servicios de atención personal; y • tiene una certificación de discapacidad debido a una afección específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, polio, esclerosis múltiple, sordera, accidente cerebrovascular o lesión de la médula espinal; y • el animal de servicio está entrenado para cubrir sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. <p>El plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se usará principalmente para satisfacer sus necesidades de atención personal.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para el SET. • 36 sesiones adicionales con el tiempo si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en miembros que padecen de calambres en las piernas debido a la mala circulación de la sangre (claudicación). • En un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Brindados por personal calificado que se aseguren de que el beneficio supere los daños y que estén capacitados en tratamiento de ejercicio para PAD. • Con supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico capacitado tanto en técnicas de apoyo vital básicos como avanzados. <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de administración de casos específicos (TCM)</p> <p>El plan pagará los servicios de TCM para miembros que tengan necesidades de atención de salud conductual o física crónicas o complejas; y hayan sido reclusos recientemente o hayan residido involuntariamente en una prisión o cárcel del condado.</p> <p>Los servicios de TCM ayudan a los miembros a obtener acceso a servicios médicos, educativos, sociales u otros servicios apropiados. Los servicios de TCM incluyen evaluaciones, planificación, conexión, defensa, coordinación de la atención, remisión, monitoreo y actividades de seguimiento (p. ej., educación y apoyo).</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención brindada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; ● • una enfermedad médica repentina; ● • una lesión; ● • una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios de inmediato para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención de urgencia solo está cubierta dentro de los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista están cubiertos una vez cada dos años.</p> <p>El plan pagará un par de anteojos inicial. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez por año.</p> <p>El plan pagará los lentes de contacto para personas con determinadas afecciones.</p> <p>El plan pagará los dispositivos de ayuda para visión escasa básicos y esenciales (como telescopios, microscopios y otros dispositivos de ayuda para visión escasa).</p> <p>El plan pagará los servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, el plan pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos de 50 años y más. • Hispanoamericanos de 65 años o más. <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud; • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas); y • remisiones por otro tipo de atención, si la necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, informe en el consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>	

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa de día para adultos</p> <p>El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de atención y supervisión directas, si reúne los requisitos. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona atención personal. • Promueve el bienestar social, físico y emocional. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tecnología de asistencia</p> <p>El plan cubre productos tecnológicos usados para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia, si reúne los requisitos. Algunos ejemplos de servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevaciones de camionetas. • Controles manuales. • Sistema de voz informático. • Tableros de comunicación. • Cerraduras de puertas con activación por voz. • Mecanismos de puerta eléctricos. • Alarma o intercomunicador especializados. • Dispositivo de marcado de asistencia. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de tareas domésticas</p> <p>El plan cubre servicios necesarios para mantener su hogar en un entorno limpio, higiénico y seguro, si reúne los requisitos. Algunos ejemplos de servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar tareas domésticas pesadas (lavar pisos, ventanas y paredes). • Asegurar alfombras o baldosas sueltas. • Mover muebles pesados. • Cortar el césped, limpiar con el rastrillo y limpiar residuos peligrosos, como ramas y árboles caídos. <p>El plan puede cubrir materiales y suministros desechables utilizados para realizar tareas domésticas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modificaciones ambientales</p> <p>El plan cubre modificaciones en el hogar si reúne los requisitos. Las modificaciones deben diseñarse para garantizar su salud, seguridad y bienestar, o para brindarle más independencia en el hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de rampas y barandas. • Ampliación de las puertas. • Modificación de baños. • Instalación de sistemas eléctricos especializados que son necesarios para adaptar suministros y equipos médicos. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Apoyos de vida comunitaria ampliados</p> <p>Para obtener este servicio, debe tener la necesidad de que se le den indicaciones, se le proporcionen pautas, de observar, recibir orientación, recibir instrucciones u obtener recordatorios que le ayuden a completar actividades de la vida diaria (ADL), como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, realizar otras actividades de higiene personal, etc.</p> <p>Si tiene una necesidad de recibir este servicio, también puede obtener asistencia con las actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como lavar ropa, preparar comidas, recibir transporte, ayudar con las finanzas, ayudar con los medicamentos, hacer las compras, acompañarlo a las citas médicas y realizar otras tareas domésticas. Esto también puede incluir que se le den indicaciones, se le proporcionen pautas, se le permita observar, se le brinden recordatorios u otros apoyos a fin de que pueda realizar las IADL usted mismo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de intermediario fiscal</p> <p>El plan pagará un intermediario fiscal (FI) que le ayudará a vivir de manera independiente en la comunidad mientras controla su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El FI le ayuda a administrar y distribuir fondos contenidos en el presupuesto individual. Utilice estos fondos para adquirir servicios basados en el hogar y la comunidad autorizados en su plan de salud. Tiene la autoridad de contratar al cuidador que usted elija.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Entrega de comidas a domicilio</p> <p>El plan cubre hasta dos comidas preparadas entregadas a domicilio, si reúne los requisitos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Transporte no médico</p> <p>El plan cubre servicios de transporte que le permiten acceder a servicios de exención y a otros servicios, actividades y recursos comunitarios, si reúne los requisitos.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de enfermería preventiva</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería proporcionados por un enfermero certificado (RN) o un enfermero auxiliar diplomado (LPN). Para reunir los requisitos, debe requerir observación y evaluación de la integridad de la piel, los niveles de azúcar en sangre, ejercicios indicados para el rango de movimientos o estado físico. Puede obtener otros servicios de enfermería durante la visita del enfermero en su hogar. Estos servicios no se proporcionan de forma constante.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de enfermería privada (PDN)</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería especializada que se proporcionan de forma individual y continua, hasta un máximo de 16 horas por día, a fin de satisfacer sus necesidades de salud directamente relacionadas con una discapacidad física.</p> <p>La PDN incluye el suministro de una evaluación, un tratamiento y una observación de enfermería proporcionados por un enfermero diplomado, que sean consistentes con las órdenes de un médico y de conformidad con su plan de atención.</p> <p>Debe cumplir ciertos criterios médicos para reunir los requisitos para este servicio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de cuidados paliativos</p> <p>Puede obtener servicios de atención de relevo a corto plazo y de forma intermitente para ayudar a su familia u otros cuidadores primarios con el estrés diario y las demandas de atención durante las épocas en las que proporcionan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de trabajadores por hora o por turno deben adaptarse según los reemplazos de personal, los ajustes del plan o los cambios de ubicación y no por la atención de relevo.</p> <p>La atención de relevo no tiene el objetivo de proporcionarse de forma continua y a largo plazo cuando forma parte de los servicios diarios que permitirían que un cuidador no remunerado trabaje en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health Premier Plan

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

E1. Atención en un hospicio

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

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

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

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

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:

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

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Usted no paga nada por estos medicamentos.

Para los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan:

- El proveedor le facturará a Aetna Better Health Premier Plan sus servicios. Aetna Better Health Premier Plan pagará los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan. Usted no paga nada por estos servicios.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Nota: Si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Comuníquese con su coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m a 05:00 p.m.

E2. Servicios cubiertos por el plan o el Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP)

Los siguientes servicios están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, pero están disponibles a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados (PIHP) y su red de proveedores.

Atención de salud conductual para pacientes internados

- El plan pagará los servicios de atención de salud conductual que requieran una hospitalización.

Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos

- Pagaremos los servicios de tratamiento que se proporcionen en el departamento para pacientes externos de un hospital si usted, por ejemplo, ha sido dado de alta de una hospitalización por el tratamiento de abuso de sustancias o si necesita tratamiento, pero no requiere el nivel de servicios proporcionado en el entorno hospitalario para pacientes internados. Consulte los Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) en la Tabla de beneficios de la Sección D.

Servicios de hospitalización parcial

- La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital

Si usted recibe estos servicios a través del PIHP, consulte el *Manual para miembros* del PIHP separado para obtener más información y trabaje con su coordinador de atención para recibir los servicios proporcionados a través del PIHP.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.AetnaBetterHealth.com/Michigan)**.

F. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan, Medicare o Medicaid de Michigan

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

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

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

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

- Servicios que no se consideren “médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Medicaid de Michigan, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, productos y tratamientos quirúrgicos y médicos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en un hospital o centro de atención de enfermería, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada, excepto para aquellas personas que reúnan los requisitos para este servicio de exención.
- Productos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental, salvo cuando se consideren médicamente necesarios).
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un dispositivo ortopédico para piernas y estén incluidos en el costo del dispositivo, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará los anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que no sean de emergencia prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

Introducción

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

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

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

Normas de la cobertura del plan para medicamentos para pacientes externos

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

1. Debe tener un médico u otro proveedor que le emita recetas válidas de conformidad con la ley estatal vigente. Esta persona es a menudo su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta.
4. Su medicamento con receta debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al hacer una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para conocer cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Los medicamentos cubiertos por Medicaid también se deben usar para indicaciones médicamente aceptadas, es decir, aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avaladas por ciertas referencias médicas.

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta	132
A1. Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.	132
A2. Utilice su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga un medicamento con receta. . .	132
A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red	132
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	133
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	133
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	134
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	136
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	136
A9. Reembolso si paga por un medicamento con receta	137
B. Lista de medicamentos del plan	137
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	137
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	138
B3. Medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos	138
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	139
C. Límites para algunos medicamentos	140
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	142
D1. Cómo obtener un suministro temporal	142
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	146

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	149
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	149
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	149
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	149
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	150
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	150
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	150
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	151



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

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

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

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

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

Para obtener el medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos con receta cubiertos. No tendrá la obligación de pagar un copago.

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para obtener la información más actualizada sobre las farmacias de la red de Aetna Better Health Premier Plan en su área, puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Su coordinador de atención también puede ayudarle a encontrar una nueva farmacia.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red, o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios para medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Un suministro para 90 días no tiene copago.

¿Cómo obtengo mis medicamentos con receta por correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. También puede hablar con su coordinador de atención o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772**.

Por lo general, un medicamento con receta de pedido por correo le llegará en un plazo de 10 a 15 días. En la situación poco probable de que haya una demora significativa en su pedido, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para brindarle el suministro temporal de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

Procesos de pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que usted presenta a la farmacia

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, **o bien**
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtiene directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos ahora, o en cualquier momento, llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264 (TTY: 1-800-231-4403)**.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

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

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

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le envíe.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

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

3. Resurtidos de recetas para pedido por correo

En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que los medicamentos que tiene disponibles se le acaben, para asegurarse de que el próximo pedido se envíe a tiempo.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark llamando al **1-844-843-6264 (TTY: 1-800-231-4403)** para informarles cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. También, puede registrarse en línea en CVS Caremark desde **Caremark.com** para especificar cómo quiere que se lo contacte. Si no sabemos la mejor manera de comunicarnos con usted, es posible que se pierda la oportunidad de decirnos si desea obtener nuevamente un medicamento con receta y usted podría quedarse sin su suministro.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días no tiene copago. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

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

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

- El medicamento con receta se necesita por una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede conseguir un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia en vehículo razonable.
- La receta es para un medicamento agotado en una farmacia de la red accesible o una de pedido por correo (inclusive los medicamentos caros o únicos).

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si es evacuado o desplazado de alguna otra manera de su casa debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o un medicamento se administra en el consultorio de su médico. Nota: El suministro fuera de la red está limitado a un suministro para 29 días. Las reclamaciones impresas se deberán presentar para su reembolso.

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

A9. Reembolso si paga por un medicamento con receta

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

Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de medicamentos del plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biocomparables.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos habituales (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biocomparables. Por lo general, los genéricos y los biocomparables funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen ser más baratos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección.

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y Medicaid de Michigan) no puede cubrir un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare cubrirían. Los medicamentos cubiertos según la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque el medicamento no esté aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina uso para una indicación no autorizada. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando están recetados para uso para una indicación no autorizada.

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

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes externos cuando la compañía que los fabrica establece que solo ellos deben realizar las pruebas o brindar los servicios.

B4. Niveles en la Lista de medicamentos

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Límites para algunos medicamentos

¿Por qué tienen límites algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona tan bien como uno de mayor costo, los planes esperan que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

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

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

¿Qué tipos de normas hay?

1. Límites en el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original, pero suele ser más económico. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si el proveedor nos ha comunicado el motivo médico por el cual a usted no le harán efecto el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable o nos ha comunicado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

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

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

4. Límites de cantidad

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

¿Se aplica alguna de estas normas a sus medicamentos?

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

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

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

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

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

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos del plan; **o bien**
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; **o bien**
 - ahora está limitado de alguna manera.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

Para medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal del medicamento será para 30 días como máximo en un entorno para pacientes externos y para 31 días en un centro de atención a largo plazo.
 - Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en centros de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - La farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será para 30 días como máximo en un entorno para pacientes externos y para 31 días en centros de atención a largo plazo.
 - Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en centros de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - La farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y vive en un centro de atención a largo plazo, y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.
- Usted es un miembro actual y presenta un cambio en el nivel de atención:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez si se le da de alta de un hospital o un centro de atención a largo plazo, y va a su hogar:
- Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. O bien
- Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.
- Nota: Ciertas formas de dosificación, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas orales, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare.
- Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Para medicamentos de Medicaid de Michigan:

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de Medicaid de Michigan hasta un máximo de 90 días calendario después de la inscripción y no lo finalizaremos cuando terminen los 90 días calendario sin enviarle a un aviso anticipado y proporcionarle una transición a otro medicamento, si fuera necesario.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

○

- Puede solicitar una excepción.

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si está tomando un medicamento que se quitará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna forma el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Entonces, puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la forma que desea para el próximo año.
- Responderemos su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas desde que la recibamos (o la declaración de apoyo de su médico).

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

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

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

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

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

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Nos enteremos de que el medicamento no es seguro. **O bien**
- Un medicamento se elimina del mercado.

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

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan en línea en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. **O bien**
- Llamar a **AetnaBetterHealth.com/Michigan** para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Puede que no sean seguros para su edad o género.
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Tienen cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos.

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

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

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

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones sobre los medicamentos.
- Cómo tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y medicamento de venta libre.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si consideramos que una o más limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si usted deberá obtener los medicamentos con receta para estos medicamentos solo de un proveedor o una farmacia específicos.

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

Introducción

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

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.
- Medicamentos y productos cubiertos por Medicaid de Michigan.
- Medicamentos y productos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- El Capítulo 5 de este *Manual para miembros*.
 - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. En el Capítulo 5, puede encontrar más información sobre las farmacias de la red.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo se muestra en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un valor estimado de los costos de su bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Índice

A. La Explicación de beneficios (EOB).....	155
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	155
C. Un resumen de su cobertura para medicamentos	156
C1. Los niveles del plan.....	156
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	156
C3. Resumen de la cobertura para medicamentos.....	157
D. Vacunas	158
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	158



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de sus costos totales de los medicamentos. Esto incluye el monto de dinero que paga el plan (o que otras personas pagan en su nombre) por sus medicamentos con receta.

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

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

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. Use la tarjeta de identificación de miembro.

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

3. Revise las EOB cuando se las mandemos.

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

C. Un resumen de su cobertura para medicamentos

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, no paga nada por los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos siempre y cuando siga las normas de Aetna Better Health Premier Plan.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los tres (3) niveles. Los medicamentos incluidos en estos niveles no tienen costo para usted.

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

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C3. Resumen de la cobertura para medicamentos

Su cobertura para un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D de Medicare cuenta con dos partes:

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

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Le podemos decir cómo mantener sus costos bajos si acude a farmacias y proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Aetna Better Health Premier Plan para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D.
- Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, usted no paga nada por las vacunas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	160
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	162
C. Decisiones de cobertura	163
D. Apelaciones	164



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos la factura, consulte la página 162.

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

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

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

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

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

- Como Aetna Better Health Premier Plan paga el costo total de los servicios, usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó la factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con el comprobante de los pagos que haya hecho. Le reembolsaremos el monto correspondiente a los servicios cubiertos.

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

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

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

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan.

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

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

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

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

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

Aetna Better Health Premier Plan
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998-2980

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Medicamentos con receta

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar su solicitud de pago. No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

Descargue una copia del formulario de la sección de formularios para los miembros en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan** o llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Medicare Part D Paper Claim
PO Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

C. Decisiones de cobertura

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

D. Apelaciones

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

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

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la página 209.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 211.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a que le proporcionemos servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	166
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	169
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	171
C1. Cómo protegemos su PHI.....	171
C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	171
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	176
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	177
F. Su derecho a abandonar el plan	177
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	178
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	178
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo.....	178
G3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?	180
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos ...	180
H1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	180
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	181
J. Comité de Asesoramiento de Miembros	183
K. Sus opiniones y recomendaciones	183
L. Nuevas tecnologías.....	183
M. Pautas para la práctica clínica.....	183



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Usted tiene derecho a que lo traten con dignidad y respeto. Usted tiene derecho a expresarse respecto de la dirección y el funcionamiento del sistema integrado, los proveedores y el plan de salud. Debemos garantizar que **todos** los servicios se brinden de forma culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o a su coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos diferentes, como tamaño de letra grande, braille o audio. Los materiales están disponibles en español y en otros idiomas según sea necesario.
- Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en el idioma que prefiera que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede presentar un reclamo ante Medicaid de Michigan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.
- Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o TTY **1-800-537-7697**.
- Tiene derecho a no ser discriminado por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, orientación sexual, antecedentes médicos o de reclamaciones, discapacidad mental o física, información genética o fuente de pago.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

You have the right to be treated with dignity and respect. You have a right to have a voice in the governance and operation of the integrated system, provider or health plan. We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week or your Care Coordinator at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish.
- If you wish to make or change a standing request to receive materials in your preferred language other than English or in an alternate format, you can call Member Services at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call **1-877-486-2048**.
- You may also file a complaint with Michigan Medicaid. Please refer to Chapter 9 for more information.
- Office of Civil Rights at **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.
- You have the right not to be discriminated against based on race, ethnicity, national origin, religion, sex, age, sexual orientation, medical or claims history, mental or physical disability, genetic information, or source of payment.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

يحق لك أن تُعامل بكرامة واحترام؛ يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب علينا إخبارك أيضًا بمزايا الخطة وبالحقوق الخاصة بك بالطريقة التي تفهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنويًا طالما أنك مسجل في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع أو منسق الرعاية الخاص بك على **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- وتمنحك خطتنا المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو ملفات صوتية. تتوفر المواد باللغة الإسبانية.
- إذا كنت ترغب في تقديم أو تغيير طلب دائم لتلقي المواد بلغتك المفضلة غير الإنجليزية أو بتنسيق بديل، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل بـ:
- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) **1-800-MEDICARE**. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى من خلال Michigan Medicaid. يُرجى مراجعة الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات.
- مكتب الحقوق المدنية على الرقم **1-800-368-1019** أو **1-800-537-7697 (TTY)**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar el PCP dentro de su plan de salud. Encontrará más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más acerca de los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Se denomina remisión a la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios durante un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
 - Los proveedores están sujetos a una evaluación continua de calidad clínica incluidos reportes requeridos.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de emergencia que se necesitan de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Usted es libre de ejercer todos sus derechos sabiendo que Aetna Better Health Premier Plan, nuestros proveedores de la red, Medicare y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS) no tomarán represalias contra usted.
- Usted tiene derecho a recibir información oportuna sobre los cambios en el plan. Esto incluye un aviso sobre cualquier cambio en los materiales de orientación, al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Usted, o un representante autorizado, tienen derecho a solicitar una reevaluación por parte del equipo de atención integrada.
- Usted tiene derecho a recibir un aviso con antelación razonable de cualquier transferencia a un entorno de tratamiento diferente.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

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

Usted tiene derecho a la confidencialidad y privacidad de toda la información sobre su atención y salud, a menos que la ley exija lo contrario. Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigido por las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos relacionados con su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que brinda información sobre estos derechos. El aviso se denomina "Aviso sobre prácticas de privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

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

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

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

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos entregarle su PHI a Medicare y Medicaid de Michigan. Si Medicare o Medicaid de Michigan divulgan su información con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.

- Le brindamos la primera copia de sus registros médicos sin cargo.
- Tenemos permitido cobrarle una tarifa razonable por hacer copias adicionales de sus registros médicos.

Tiene derecho a modificar o corregir la información que aparece en sus registros médicos. La corrección formará parte de sus registros.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

What do we mean when we use the words “health information” ^[1]

We use the words “health information” when we mean information that identifies you.

Examples include:

- Name
- Date of birth
- Health care you received
- Amounts paid for your care

How we use and share your health information

Help take care of you: We may use your health information to help with your health care. We also use it to decide what services your benefits cover. We may tell you about services you can get. This could be checkups or medical tests. We may also remind you of appointments. We may share your health information with other people who give you care. This could be doctors or drug stores. If you are no longer with our plan, with your okay, we will give your health information to your new doctor.

Family and friends: We may share your health information with someone who is helping you. They maybe helping with your care or helping pay for your care. For example, if you have an accident, we may need to talk with one of these people. If you do not want us to give out your health information call us.

If you are under 18 and don't want us to give your health information to your parents. Call us. We can help in some cases if allowed by state law.

For payment: We may give your health information to others who pay for your care. Your doctor must give us a claim form that includes your health information. We may also use your health information to look at the care your doctor gives you. We can also check your use of health services.

^[1] For purposes of this notice, “Aetna” and the pronouns “we,” “us” and “our” refer to all the HMO and licensed insurer subsidiaries of Aetna Inc. These entities have been designated as a single affiliated covered entity for federal privacy purposes.

Health care operations: We may use your health information to help us do our job.

For example, we may use your health information for:

- Health promotion
- Care coordination
- Quality improvement
- Fraud prevention
- Disease prevention
- Legal matters

A care coordinator may work with your doctor. They may tell you about programs or places that can help you with your health problem. When you call us with questions, we need to look at your health information to give you answers.

Sharing with other businesses

We may share your health information with other businesses. We do this for the reasons we explained above. For example, you may have transportation covered in your plan. We may share your health information with them to help you get to the doctor's office. We will tell them if you are in a motorized wheelchair so they send a van instead of a car to pick you up.

Other reasons we might share your health information

We also may share your health information for these reasons:

- Public safety – To help with things like child abuse. Threats to public health.
- Research – To researchers. After care is taken to protect your information.
- Business partners – To people that provide services to us. They promise to keep your information safe.
- Industry regulation – To state and federal agencies. They check us to make sure we are doing a good job.
- Law enforcement – To federal, state and local enforcement people.
- Legal actions – To courts for a lawsuit or legal matter.

Reasons that we will need your written okay

Except for what we explained above, we will ask for your okay before using or sharing your health information. For example, we will get your okay:

- For marketing reasons that have nothing to do with your health plan.
- Before sharing any psychotherapy notes.
- For the sale of your health information.
- For other reasons as required by law.

You can cancel your okay at any time. To cancel your okay, write to us. We cannot use or share your genetic information when we make the decision to provide you health care insurance.

What are your rights

You have the right to look at your health information.

- You can ask us for a copy of it.

- You can ask for your medical records. Call your doctor's office or the place where you were treated.

You have the right to ask us to change your health information.

- You can ask us to change your health information if you think it is not right.
- If we don't agree with the change you asked for. Ask us to file a written statement of disagreement.

You have the right to get a list of people or groups that we have shared your health information with.

You have the right to ask for a private way to be in touch with you.

- If you think the way we keep in touch with you is not private enough, call us.
- We will do our best to be in touch with you in a way that is more private.

You have the right to ask for special care in how we use or share your health information.

- We may use or share your health information in the ways we describe in this notice.
- You can ask us not to use or share your information in these ways. This includes sharing with people involved in your health care.
- We don't have to agree. But, we will think about it carefully.

You have the right to know if your health information was shared without your okay.

- We will tell you if we do this in a letter.

Aetna, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, gender identity and sexual orientation. Aetna, Inc. does not exclude people or treat them different because of race, color national origin, age, disability, gender identity and sexual orientation.

Call us toll free at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week to:

- Ask us to do any of the things above.
- Ask us for a paper copy of this notice.
- Ask us any questions about the notice.

You also have the right to send us a complaint. If you think your rights were violated, or you were discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability, gender identity and sexual orientation, you can write to us at:

Aetna Better Health Premier Plan
5801 Postal Rd.
PO Box 818070
Cleveland, OH 44181>

You also can file a complaint with regard to your privacy with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Call us toll free at **1-855-676-5772**

(TTY: 711) to get the address.

If you are unhappy and tell the Office of Civil Rights, you will not lose plan membership or health care services. We will not use your complaint against you.

Protecting your information

We protect your health information with specific procedures, such as:

- Administrative. We have rules that tell us how to use your health information no matter what form it is in – written, oral, or electronic.
- Physical. Your health information is locked up and is kept in safe areas. We protect entry to our computers and buildings. This helps us to block unauthorized entry.
- Technical. Access to your health information is “role-based”. This allows only those who need to do their job and give care to you to have access.

We follow all state and federal laws for the protection of your health information.

Will we change this notice

By law, we must keep your health information private. We must follow what we say in this notice. We also have the right to change this notice. If we change this notice, the changes apply to all of your information we have or will get in the future. You can get a copy of the most recent notice on our website at **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Aetna Better Health Premier Plan is a health plan that contracts with both Medicare and Michigan Medicaid to provide benefits of both programs to enrollees.

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, or audio call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

ATTENTION: If you speak Spanish or Arabic, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل على الرقم **1-855-676-5772 (الهاتف النصي: 711)**، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتكون هذه المكالمات مجانية.

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

Usted tiene el derecho de contar con la explicación de todas las opciones, las normas y los beneficios del plan, incluso a través del uso de un intérprete calificado si es necesario. Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, usted tiene derecho a que nosotros le brindemos información antes o durante la inscripción. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérpretes para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, simplemente llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este es un servicio gratuito. Puede obtener materiales escritos en español y otros idiomas. También puede obtener servicios de interpretación en cualquier otra lengua materna que no sea inglés. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera.
 - Cómo los miembros del plan calificaron el plan.
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
 - Cómo dejar el plan.
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, que incluye lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria.
 - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, también se encuentra en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.
- Servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos y las normas que debe seguir, que incluye lo siguiente:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
- Límites de su cobertura y medicamentos.
- Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye lo siguiente:
 - Explicar por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que tomamos.
 - Pagar una factura que usted recibió.

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

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

F. Su derecho a abandonar el plan

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

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Si existe otro plan de MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a un plan de MI Health Link diferente y seguir recibiendo los beneficios coordinados de Medicare y Medicaid de Michigan.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid de Michigan a través de Original Medicaid (pago por servicio) de Michigan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

Usted tiene derecho a participar en todos los aspectos de su atención, que incluye el derecho a rechazar un tratamiento y a ejercer todos los derechos de apelación. Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión utilizadas como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia como se especifica en las reglamentaciones federales sobre el uso de restricciones y reclusión. Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Tiene derecho a lo siguiente:

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina instrucciones anticipadas. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son las instrucciones anticipadas psiquiátricas y un poder de representación duradero para la atención médica.

Este es un buen momento de escribir sus instrucciones anticipadas porque así podrá dar a conocer sus deseos mientras se encuentra saludable. El consultorio de su médico tiene instrucciones anticipadas para que complete y le informe al médico lo que desea que se haga. Sus instrucciones anticipadas a menudo incluyen una orden de no reanimar. Algunas personas hacen esto después de hablar con su médico acerca de su estado de salud. Con esto proporciona un aviso por escrito a los trabajadores de atención médica que pueden brindarle tratamiento en caso de que usted deje de respirar o su corazón deje de latir. Su médico puede ayudarlo con esto si le interesa.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medicaid de Michigan, como el Programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Michigan, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas que deben saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si deberá hospitalizarse y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

En Michigan, sus instrucciones anticipadas tienen un efecto vinculante en médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones anticipadas que estableció, puede presentar un reclamo ante la Oficina de la comunidad y los sistemas de salud del Departamento de asuntos regulatorios y de licencias de Michigan llamando al **1-800-882-6006**.

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

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

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Usted tiene la facultad de ejercer sus derechos como miembro. Ejercer sus derechos no afectará negativamente la manera en que la Organización de Atención Integrada (ICO) y los proveedores de la red o el MDHHS lo tratan. Si siente que lo han tratado injustamente, y dicho trato **no** se relaciona con discriminación por los motivos que figuran en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes teléfonos:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, el SHIP se denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP). Para obtener información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **TTY 1-877-486-2048**. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” [Sus Derechos y Protecciones en Medicare] del sitio web de Medicare en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**.)
- Programa del defensor del pueblo de MI Health Link. Para obtener información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- En el Capítulo 4, se proporciona información adicional sobre el monto pagado por el paciente (PPA) por los servicios del centro de atención de enfermería.
- La prima que tenga del programa Libertad para trabajar. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en el sitio web **www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html**.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan.** Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan. El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid de Michigan su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Michigan.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así, necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Los inscritos de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a la recuperación sobre el patrimonio en el momento de su muerte. Para obtener información, puede hacer lo siguiente:
 - ponerse en contacto con su coordinador de atención; **o**
 - llamar a la línea de ayuda de beneficiarios al **1-800-642-3195**; **o bien**
 - visitar el sitio web en **www.michigan.gov/estater recovery**; **o bien**
 - enviar preguntas por correo electrónico a **MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J. Comité de Asesoramiento de Miembros

Usted tiene derecho a expresarse respecto de la dirección y el funcionamiento del sistema integrado, los proveedores o el plan de salud. Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, se lo invita a asistir a las reuniones de nuestro Comité de Asesoramiento de Miembros. Los cuidadores y auxiliares de atención médica también están invitados a compartir sus pensamientos sobre Aetna Better Health Premier Plan.

Sus comentarios sobre el programa son importantes. Los usamos para hacer que nuestro programa y su experiencia sean mejores. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener más información.

K. Sus opiniones y recomendaciones

Como miembro, usted tiene derecho a ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento para expresar sus opiniones y presentar recomendaciones sobre la Política de derechos y responsabilidades de Aetna Better Health Premier Plan. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para hablar con un representante del Departamento de Servicios para Miembros o póngase en contacto con su coordinador de atención.

L. Nuevas tecnologías

Aetna Better Health revisa las nuevas tecnologías para saber si se pueden usar para nuestros miembros. Nuestros médicos analizan los nuevos tratamientos según estén disponibles para saber si los debemos agregar a nuestro plan de beneficios. Aetna Better Health revisa las siguientes áreas por lo menos una vez al año.

- Servicios médicos
- Servicios de salud conductual
- Farmacia
- Equipo médico

M. 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 **1-855-364-0974 (TTY: 711)** durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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

Introducción

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

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

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

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

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y otros servicios y apoyos que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. Primero debe probar trabajar con sus proveedores y Aetna Better Health Premier Plan. **Si continúa teniendo problemas con su atención o nuestro plan, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link para que lo guíe en la resolución del problema. Con el fin de obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes, como también formas de contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan.**

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema.	187
A1. Acerca de los términos legales	187
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	187
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	187
C. Qué proceso usar para obtener ayuda con su problema.	189
C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo.	189
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	189
D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	189
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	190
D3. Qué sección de este capítulo le ayudará	191
E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	193
E1. Cuándo utilizar esta sección.	193
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	194
E3. Apelaciones internas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	197
E4. Apelaciones externas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	203
E5. Problemas con pagos	209
F. Medicamentos de la Parte D.	211
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D	211
F2. ¿Qué es una excepción?	214
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones	215
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	216
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	219
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	222



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	224
G1. Conozca sus derechos de Medicare	224
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	225
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	227
G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación	228
H. Qué debe hacer si considera que los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.	231
H1. Le diremos por adelantado cuándo termina su cobertura	231
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	232
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	234
H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	235
I. Opciones de apelaciones después del Nivel 2 o apelaciones externas.	238
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	238
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid de Michigan	238
J. Cómo presentar un reclamo	239
J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?	239
J2. Reclamos internos	241
J3. Reclamos externos	242



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo, se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medicaid de Michigan aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales complejos para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Saber el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda del Defensor del pueblo de MI Health Link

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o comprender lo que debe hacer para resolver su problema, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros. Pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar. El número de teléfono del Defensor del pueblo de MI Health Link es **1-888-746-6456**. Los servicios son gratuitos. Para obtener más información sobre el programa del defensor del pueblo, consulte el Capítulo 2.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Usted puede obtener ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

También puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMA) de Michigan. Los asesores del MMA pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El MMA no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El MMA cuenta con asesores capacitados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del MMA es **1-800-803-7174**. También puede encontrar información en el sitio web del MMA en **mmainc.org**.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **TTY: 1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).

Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan

También puede llamar a Medicaid de Michigan para obtener ayuda para resolver sus problemas. Llame a la Línea de ayuda de beneficiarios al **1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656)**, o al **1-800-975-7630** si llama desde un servicio telefónico basado en Internet, de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. También puede enviar un correo electrónico a **beneficiarysupport@michigan.gov**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

C. Qué proceso usar para obtener ayuda con su problema

C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica [productos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B] en particular está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica).	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 189.	No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Vaya a la Sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 239.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, productos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago).

NOTA: Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid los proporcionan los Planes de salud prepago para pacientes internados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, por discapacidad intelectual o del desarrollo y para trastorno por abuso de sustancias.

Si vive en el condado de Wayne, comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual.

Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health Premier Plan para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre los servicios de salud conductual.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. También tomamos una decisión de cobertura cada vez que nos pide aumentar o cambiar el monto de un servicio, producto o medicamento que ya está recibiendo.

Si usted o sus proveedores no están seguros de si Medicare o Medicaid de Michigan cubre un servicio, producto o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que usted obtenga el servicio, producto o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, producto o medicamento que usted desea no esté cubierto o que no sea médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquier de los que se mencionan a continuación:

- Comuníquese con su **coordinador de atención** al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**.
- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Llame al **Defensor del pueblo de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Defensor del pueblo de MI Health Link puede ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga sobre MI Health Link o nuestro plan El Defensor del pueblo de MI Health Link es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es **1-888-746-6456**.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Llame al **Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMA)** para obtener ayuda gratuita. El MMA es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es **1-800-803-7174**.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que tiene usted en cuanto a la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - También puede obtener el formulario en el sitio web **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado, o buscar a otro profesional del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. Si decide tener un abogado, debe pagar esos servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá completar el formulario de "Nombramiento de un representante".
 - Sin embargo, no es necesario que tenga un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o presente una apelación.

D3. Qué sección de este capítulo le ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- La Sección E en la página 193 proporciona información sobre qué debe hacer si tiene problemas con los servicios, productos y ciertos medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica ni otros servicios y apoyos que quiere y cree que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos los servicios, productos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta y que es médicamente necesaria.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **NOTA:** Solo use la Sección E si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 211 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
- Recibió atención médica u otros servicios y apoyos que cree que deberían estar cubiertos, pero no pagamos por esta atención.
- Recibió y pagó atención médica u otros servicios y apoyos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Le notifican que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte la Sección G y la Sección H en las páginas 224 y 231.
- Se podría rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud son los siguientes: si su solicitud está incompleta, si alguna persona presenta la solicitud en su nombre, pero no nos ha dado evidencia de que usted aceptó permitirle presentarla o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos y cómo pedir su revisión. Esta revisión es un proceso formal denominado apelación.
- La Sección F en la página 211 proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago).

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- La Sección G en la página 224 proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- La Sección H en la página 231 proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711)** o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Defensor del pueblo de MI Health Link al **1-888-746-6456**.

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con los beneficios de atención médica u otros servicios y apoyos. También puede recurrir a esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico u otros servicios y apoyos que necesita, pero que no recibe.

Qué puede hacer: nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 194 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su proveedor desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 en la página 197 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

3. Recibió servicios o productos que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 197 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o productos que creía que estaban cubiertos, y desea que le reembolsemos el dinero por los servicios o productos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 209 para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 197 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 224 y 231 para obtener más información.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba o envíe un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Puede escribirnos a:

Aetna Better Health Premier Plan
7400 W. Campus
New Albany, OH 43054

- **NOTA:** Si vive en el condado de Wayne, Detroit Wayne Integrated Health Network tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/ del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network, su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **NOTA:** Si vive en el condado de Macomb, Aetna Better Health Premier Plan tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- **NOTA:** Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, Aetna Better Health Premier Plan tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, puede demorar hasta 14 días calendario después de su consulta, la de su representante o su proveedor, a menos que su solicitud sea de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión antes de las 72 horas de recibida su solicitud. Si no le enviamos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), puede presentar una apelación.

En ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o 24 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, en ocasiones, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Cómo solicitar una “decisión rápida de cobertura”:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, comience por llamar a nuestro plan para solicitar que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante que nos llamen.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si se solicita cobertura para productos médicos o servicios que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de los productos o servicios que ya recibió).
2. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
 - Si su proveedor dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una.
 - Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su proveedor, decidiremos si se le otorgará una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) en su lugar.
 - En esta carta se le dirá que, si su proveedor le pide una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 239.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cómo me enteraré de la respuesta del plan acerca de mi decisión de cobertura?

Le enviaremos una carta para informarle si aprobamos la cobertura o no.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le daremos nuestros motivos para **rechazarla**.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión a través de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al proceso de apelaciones internas (consulte la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelaciones internas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura (denegación) o una medida adversa que tomamos. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

- **NOTA:** Si vive en el condado de Wayne, Detroit Wayne Integrated Health Network gestiona las apelaciones para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network, su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- **NOTA:** Si vive en el condado de Macomb, Aetna Better Health Premier Plan gestiona las apelaciones para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- **NOTA:** Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, Aetna Better Health Premier Plan gestiona las apelaciones para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al **1-888-746-6456**. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una medida adversa?

Una medida adversa es una medida, o la falta de esta, que toma nuestro plan y usted puede apelar. Esto incluye lo siguiente:

- Denegamos o limitamos un servicio o producto que su proveedor solicitó.
- Redujimos, suspendimos o finalizamos la cobertura que ya estaba aprobada.
- No pagamos un servicio o producto que usted cree que está cubierto.
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos solicitados.
- No pudo obtener un servicio o producto cubierto de un proveedor de nuestra red dentro un plazo razonable. **O bien**
- No actuamos dentro de los plazos establecidos para revisar una decisión de cobertura y comunicarle la decisión tomada.

¿Qué es una apelación interna?

Una apelación interna (también denominada apelación de Nivel 1) es la primera apelación que puede presentar ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito y le informaremos qué puede hacer a continuación si no está de acuerdo con la decisión.

Debe solicitar una apelación interna antes de que pueda solicitar una apelación externa según la Sección E4 detallada debajo.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

¿Cómo puedo presentar una apelación interna?

- Para iniciar la apelación, usted, su representante o su proveedor deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Premier Plan
Attn: Grievance & Appeals Department
5801 Postal Rd.
PO Box 818070
Cleveland, OH 44181
 - También, puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En resumen: Cómo presentar una apelación interna

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, tiene menos días para apelar si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para obtener más información sobre qué plazo corresponde a su apelación.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Asimismo, alguien además de su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Pero usted primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si no obtenemos este formulario, y otra persona lo está representando, su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestro rechazo. Le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Debemos recibir el formulario de Nombramiento de un representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación interna?

Debe solicitar una apelación interna **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Estos son algunos ejemplos de buenas razones: estuvo en el hospital o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora de su apelación cuando presente su apelación.

NOTA: Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?” en la página 202 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974** (TTY: 711), 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Mi proveedor puede darles más información sobre mi apelación?

Sí. Usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica u otros servicios y apoyos. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su médico.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Michigan.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 239.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 203.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, en la carta le comunicaremos cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 203.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección así nos lo exige.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 239.
- Si no respondemos su apelación en un plazo de 72 horas o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 203.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid de Michigan, en la carta le comunicaremos cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación externa, consulte la Sección E4 en la página 203.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio que se aprobó previamente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta. Si presenta su apelación interna en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestro aviso o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la medida, continuaremos brindándole beneficios por el servicio mientras la apelación interna esté pendiente.

Si presenta una apelación para obtener un servicio nuevo de nuestro plan, entonces no recibirá ese servicio salvo que su apelación haya terminado y la decisión haya sido que debemos cubrir el servicio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

E4. Apelaciones externas para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación interna, ¿qué sucede después?

Debe solicitar una apelación interna y obtener una decisión de nosotros antes de que pueda solicitar una apelación externa.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación interna, le enviaremos un aviso de denegación de la apelación. Este aviso se denomina Aviso de decisión sobre la apelación. En este aviso se le informará si, por lo general, Medicare o Medicaid de Michigan cubren el servicio o producto.

- Si su problema es sobre un servicio o producto de Medicare, automáticamente recibirá una apelación externa ante la Entidad de revisión independiente (IRE) no bien se complete la apelación interna.
- Si su problema es sobre un servicio o producto de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo ante la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una solicitud para una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. En este Aviso de decisión sobre la apelación, se le comunicará cómo hacerlo. También encontrará información en la página 203.
- Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan, de manera automática recibirá una apelación externa con la IRE. También puede solicitar una apelación externa ante la MOAHR o una revisión externa ante el DIFS.

¿Qué es una apelación externa?

Una apelación externa (también denominada apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está conectada con el plan. La organización de apelaciones externas de Medicare se denomina Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

Una apelación externa de Medicaid de Michigan es una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR). También tiene derecho a solicitar una revisión externa de las denegaciones de servicios de Medicaid de Michigan a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Mi problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicaid de Michigan. ¿Cómo puedo presentar una apelación externa?

Existen dos maneras de presentar una apelación externa para los servicios o productos de Medicaid de Michigan: (1) una audiencia imparcial o (2) una revisión externa.

1. Audiencia imparcial

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR). Una audiencia imparcial es una revisión justa de una decisión tomada por nuestro plan. Puede solicitar una audiencia imparcial después de la apelación interna ante nuestro plan. Además, si no recibe un aviso sobre su apelación o una decisión sobre su apelación dentro del plazo que su plan tiene para responder a su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid de Michigan.

Debe solicitar una audiencia imparcial **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión sobre la apelación.

NOTA: Si usted solicita una audiencia imparcial porque le informamos que un servicio que recibe se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras su audiencia imparcial está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones externas?” en la página 207 para obtener más información.

Para solicitar una audiencia imparcial de la MOAHR, debe completar un formulario de solicitud de audiencia. Le enviaremos un formulario de solicitud de audiencias junto con el Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener el formulario llamando a la Línea de ayuda de beneficiarios de Medicaid de Michigan al **1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656)** o al **1-800-975-7630** si llama de un servicio telefónico basado en Internet, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. Complete el formulario y envíelo a:

Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR)
PO Box 30763
Lansing, MI 48909

FAX: **517-763-0146**

También puede iniciar la audiencia imparcial llamando al **800-648-3397**. Puede solicitar una audiencia imparcial acelerada (rápida) si llama al número o escribe o envía un fax con la información que aparece anteriormente.

Después de que la MOAHR reciba su solicitud de audiencia imparcial, usted recibirá una carta en la que se le comunicará la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Por lo general, las audiencias se realizan por teléfono, pero puede solicitar que su audiencia se lleve a cabo en persona.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

La MOAHR debe proporcionarle una respuesta por escrito en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que recibe su solicitud de audiencia imparcial. Si reúne los requisitos para una audiencia imparcial acelerada, la MOAHR debe proporcionarle una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Después de que reciba la decisión final de la MOAHR, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración o para presentar una apelación ante el Tribunal de circuito.

2. Revisión externa

También tiene derecho a solicitar una revisión externa a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) de Michigan. Primero debe completar nuestro proceso de apelaciones internas antes de que pueda solicitar este tipo de apelaciones externas.

Su solicitud para una revisión externa debe enviarse **en un plazo de 127 días calendario** de recibida nuestra decisión de la apelación interna.

NOTA: Si reunió los requisitos para continuar recibiendo los beneficios durante la apelación interna y solicita una revisión externa **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la decisión de la apelación interna, puede seguir obteniendo el servicio en disputa durante la revisión. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones externas?” en la página 207 para obtener más información.

Para solicitar una revisión externa del DIFS, debe completar el formulario de solicitud para revisión externa de atención médica. Le enviaremos este formulario junto con nuestro Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener una copia del formulario llamando al DIFS al **1-877-999-6442**. Complete el formulario y envíelo junto con toda la documentación de respaldo a:

DIFS

Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section
PO Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

Correo electrónico: **DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov**

Línea directa del consumidor del DIFS: **1-877-999-6442**

Si su solicitud no incluye la revisión de registros médicos, la revisión externa estará a cargo del director del DIFS. Si su solicitud supone problemas de necesidad médica o criterios de revisión clínica, se enviará a una organización de revisión independiente (IRO) separada.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si el Director lleva a cabo la revisión y no requiere una revisión por parte de una IRO, este tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario después de que se acepte su solicitud. Si la revisión es remitida a una IRO, esta le dará su recomendación al DIFS en un plazo de 14 días calendario después de que se le haya asignado la revisión. Luego el Director tomará una decisión en un plazo de 7 días hábiles después de recibir la recomendación de la IRO.

Si el plazo estándar para la revisión podría perjudicar su vida o su salud, es posible que reúna los requisitos para una revisión acelerada (rápida). Una revisión acelerada se completa en un plazo de 72 horas después de que se recibe su solicitud. Para reunir los requisitos para una revisión acelerada, debe solicitarle a su médico que verifique que el plazo de una revisión estándar podría perjudicar su vida o su salud.

Si no está de acuerdo con la decisión de la revisión externa, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de circuito en el condado donde vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Mi problema es sobre un servicio o producto cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación externa?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de la apelación interna y decidirá si debe modificarse.

- No necesita solicitar una apelación externa. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (en parte o en su totalidad) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

La IRE debe darle nuestra respuesta a su apelación externa dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los servicios médicos o productos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación rápida” en la apelación interna, se le concederá automáticamente una apelación rápida en la apelación externa. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Qué sucede si mi servicio o producto está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan?

Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan, enviaremos automáticamente su apelación externa a la Entidad de revisión independiente. También puede presentar una apelación externa ante la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Siga las instrucciones en la página 203.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones externas?

Si previamente aprobamos la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que caduque la autorización, en algunos casos, puede seguir recibiendo sus beneficios durante el proceso de apelaciones externas.

- Si el servicio está cubierto por Medicare y usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de apelaciones externas ante la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si el servicio está cubierto por Medicaid de Michigan, sus beneficios para ese servicio continuarán si reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna y solicita una audiencia imparcial de la MOAHR o una revisión externa del DIFS en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestro Aviso de decisión sobre la apelación.
- Si el servicio podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan y usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante la revisión de la IRE. También puede reunir los requisitos para la continuación de los beneficios durante la revisión de la MOAHR o del DIFS si presenta su solicitud dentro de los plazos mencionados anteriormente.
- Si la decisión final no le favorece, es posible que le soliciten pagar el costo de los servicios proporcionados mientras *estaba* pendiente la apelación o la audiencia imparcial del estado.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si se seguirán brindando sus beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que se produzca alguna de las siguientes situaciones: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, la MOAHR o el DIFS) deciden rechazar su solicitud. Si alguna de las entidades “acepta” su solicitud, sus servicios continuarán.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación externa fue enviada a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta donde se le explicará su decisión.

- Si la MOAHR **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su afección lo requiera, pero antes de las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la MOAHR.
- Si la MOAHR **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su apelación externa se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta en la que se le explicará la decisión del Director.

- Si el DIFS **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su afección lo requiera.
- Si el DIFS **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su apelación externa pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), le enviará una carta en la que se le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como su afección lo requiera, pero antes de las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindarle dicho medicamento en un plazo de 72 horas después de recibir la respuesta de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar o brindarle el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si tenía diferentes tipos de apelaciones externas y estas tienen distintas decisiones?

Si alguna de las organizaciones de apelaciones externas (la MOAHR, el DIFS o la IRE) decide **aceptar** parte o la totalidad de lo que solicitó, le brindaremos el servicio o producto aprobado que sea más cercano a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la decisión es rechazada para parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación externa se envió a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, puede apelar la decisión en un plazo de 30 días ante el Tribunal de circuito. También puede solicitar una nueva audiencia o una reconsideración por parte de la MOAHR en un plazo de 30 días.

Si su apelación externa se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, puede apelar ante el Tribunal de circuito en el condado en el que vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Si su apelación externa se envió a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo.

La carta que reciba de la MOAHR, el DIFS o la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la Sección I en la página 238 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

NOTA: Sus beneficios para el servicio en disputa no continuarán durante los niveles de apelación adicionales.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y productos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o producto con cobertura. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debería pedir que pague es cualquier monto pagado por el paciente (PPA) requerido para la atención en un hogar de convalecencia.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

¿Puedo pedirles un reembolso por un servicio o producto que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por servicios o productos cubiertos, no debe pagarla. No obstante, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios y productos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o el producto que pagó es un servicio o producto cubierto. A su vez, verificaremos si siguió todas las normas para usar la cobertura.

- Si el servicio o producto por el que pagó tiene cobertura y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o producto en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o producto no está cubierto, o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o producto, y explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 197. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por un servicio o producto que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto, por lo general, está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de la revisión de la IRE, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 238 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto, por lo general, está cubierto por Medicaid de Michigan, puede solicitar una audiencia imparcial de la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa del Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (consulte la Sección E4 en la página 203).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que es posible que Medicaid de Michigan cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso que se describe en la Sección E en la página 193.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede pedir que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede obtener su medicamento con receta, recibirá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esto significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 214. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 215 y 216.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 216.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 216.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección F5 en la página 219.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, no se le cobrará nada.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección F5 de la página 219, se explica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Puede llamarnos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Debe incluir su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 189 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que le otorgue permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que pagó.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax para solicitarnos una decisión, o pídale a su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona autorizada a dar recetas.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en 24 horas.)
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración, ya sea por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos el “plazo estándar” a menos que hayamos aceptado usar el “plazo rápido”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada de cobertura**”.

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si usar la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.**

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviaremos una carta en la que se le informará esto. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J en la página 239.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico o la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no recibió

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y describa cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Debe incluir su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación en un **plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón válida para haber perdido el plazo puede ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

El término legal para una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”, que aparecen en la Sección F4 en la página 216.

El término legal para una “apelación rápida” es **“redeterminación acelerada”**.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de apelación. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, le enviaremos a esta entidad el archivo de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso importante llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El “aviso importante” le brinda información sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a lo siguiente:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le pudieran haber informado su médico o el personal del hospital.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- También puede encontrar el aviso en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números indicados anteriormente.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para presentar una apelación**, y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si se vence el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección G4 en la página 228.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al **1-888-524-9900** para solicitar una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al **1-800-803-7174**. También puede obtener ayuda del Defensor del pueblo de MI Health Link llamando al **1-888-746-6456**.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

El término legal para la explicación por escrito es **“Aviso detallado del alta”**. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O puede encontrar un aviso de muestra en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, deberá pagar la continuación de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día después en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al **1-888-524-9900** y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su solicitud?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de la primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su solicitud?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

NOTA: Si vive en el condado de Wayne, Detroit Wayne Integrated Health Network gestiona las apelaciones acerca de servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Esto incluye las apelaciones alternativas para la atención de salud mental para pacientes internados. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

NOTA: Si vive en el condado de Macomb, Aetna Better Health Premier Plan gestiona las apelaciones acerca de servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Esto incluye las apelaciones alternativas para la atención de salud mental para pacientes internados. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

NOTA: Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, Aetna Better Health Premier Plan gestiona las apelaciones acerca de servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Esto incluye las apelaciones alternativas para la atención de salud mental para pacientes internados. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Apelación de Nivel 1 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (que es en un plazo de 60 días o que no supere la fecha prevista del alta, lo que ocurra primero), puede presentarnos directamente la apelación solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces es posible que tenga que pagar el costo completo de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación de Nivel 2 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 239 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe modificarse.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Además, debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H. Qué debe hacer si considera que los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que su médico indique que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le diremos por adelantado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días calendario antes de que dejemos de pagar su atención. El aviso por escrito se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar su atención.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 239 le explica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, llame al Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) al **1-800-803-7174**.

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**. La información sobre la presentación de apelaciones ante la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación acelerada”. Es una revisión independiente sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura para sus servicios.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al **1-888-524-9900** para solicitar una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 235.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, encuentre una copia en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que se explique el motivo de la interrupción de sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión. Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al **1-888-524-9900** y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación de Nivel 1 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, tenemos en cuenta toda la información sobre su atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Apelación de Nivel 2 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 239 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe modificarse.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles para continuar con la apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

I. Opciones de apelaciones después del Nivel 2 o apelaciones externas

I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 o apelación interna y una apelación de Nivel 2 o apelación externa por servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma una decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o abogado mediador revise su caso, el producto o el servicio médico que solicita tendrá que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o a un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es **1-888-746-6456**.

I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid de Michigan

Usted también tiene derechos de apelación adicionales si su apelación es sobre servicios o productos que podrían estar cubiertos por Medicaid de Michigan.

Si su apelación fue enviada a la Oficina de Audiencias Administrativas y Normas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta donde se le explicará su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud para una nueva audiencia/reconsideración, o para presentar una apelación ante el Tribunal de circuito. Llame a la MOAHR al **517-335-2484** para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para reunir los requisitos para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta en la que se le explicará la decisión del Director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de circuito en el condado donde vive o ante el Tribunal de reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health Premier Plan lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla.

En resumen: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que se encargan de manejar los reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 242.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Reclamos sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para un “reclamo” es una **“queja”**.

El término legal para “presentar un reclamo” es **“interponer una queja”**.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan, que es el encargado de revisarlo. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada con nuestro plan, y es esta organización la que lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al **1-888-746-6456**.

NOTA: Si vive en el condado de Wayne, los servicios de salud conductual están cubiertos por Detroit Wayne Integrated Health Network. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network, su coordinador de atención o Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

NOTA: Si vive en el condado de Macomb, los servicios de salud conductual están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

NOTA: Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph o Van Buren, los servicios de salud conductual están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Comuníquese con su coordinador de atención o el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede presentar un reclamo en cualquier momento, a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D. Si el reclamo se relaciona con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.

- Si hay algo más que necesite hacer, se lo indicará el Departamento de Servicios para Miembros.
- También puede presentar su reclamo y enviárnoslo. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

El término legal para un “reclamo rápido” es **“queja acelerada”**.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Le informaremos por escrito si necesitamos más tiempo.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o decidir sobre una apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad del reclamo, **se lo comunicaremos** y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamos de Medicare se encuentra disponible en: **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede informarle a Medicaid de Michigan sobre su reclamo

También puede enviar su reclamo a Medicaid de Michigan. Puede llamar a la Línea de ayuda de beneficiarios al **1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656)**, o al **1-800-975-7630** si llama desde un servicio telefónico basado en Internet, de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 07:00 p.m.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave. Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **(800) 537-7697**
Fax: **(202) 619-3818**

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

También puede comunicarse con el Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono al **1-800-368-1019** o en línea en **www.michigan.gov/lara/about/contact-us**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. También puede enviar un correo electrónico a **MDCRSserviceCenter@michigan.gov**.

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y de acuerdo con la ADA de Michigan. Puede ponerse en contacto con el Defensor del pueblo de MI Health Link para obtener asistencia. El número de teléfono es **1-888-746-6456**.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O bien, puede presentar su reclamo ante nosotros y ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

Puede informarle al Defensor del pueblo de MI Health Link sobre su reclamo

El Defensor del pueblo de MI Health Link también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que estamos obligados a proporcionar. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es **1-888-746-6456**. Los servicios son gratuitos.

Puede informarle al estado de Michigan sobre su reclamo

Si tiene un problema con Aetna Better Health Premier Plan, puede ponerse en contacto con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) al **1-877-999-6442**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. La llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a **difs-HICAP@michigan.gov** o un fax a **517-284-8838**. También puede escribir a la siguiente dirección:

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

DIFS – Office of Consumer Services
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

Para reclamos sobre cómo su proveedor cumple sus deseos, llame al **517-373-9196**, ingrese en Internet en **www.michigan.gov/lara/bureau-list/bpl/complaint** o escriba a:

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Professional Licensing
Enforcement Division
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909
Correo electrónico: **BPL-Complaints@Michigan.gov**

Enviar entregas nocturnas a:

Department of Licensing and Regulatory Affairs
Mail Services
2407 N. Grand River Avenue
Lansing, MI 48906

También puede llamar al **517-241-0205** o enviar un fax al **517-241-2389**.

Para presentar un reclamo contra un enfermero licenciado, visite:
www.michigan.gov/lara/bureau-list/bpl/complaint.

Para presentar un reclamo contra cualquier otro profesional de la salud con licencia, visite:
www.michigan.gov/lara/bureau-list/bpl/complaint.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid de Michigan, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid.	246
B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	247
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente	247
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan de manera separada	248
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	248
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan	250
E. Siga obteniendo sus productos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su membresía.	250
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía.	250
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.	252
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	252
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan.	252



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

Usted puede cancelar su membresía del plan de Medicare y Medicaid Aetna Better Health Premier Plan en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage, al inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid o al cambiarse a Original Medicare.

El cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes después de que recibamos su solicitud. Cuando esa solicitud se recibe antes de los últimos cinco (5) días calendario del mes. Las solicitudes recibidas durante los últimos cinco (5) días calendario del mes darán lugar a inscripciones con una fecha de entrada en vigencia el primer día calendario del próximo mes después del mes siguiente. Por ejemplo, una solicitud recibida el 28 de marzo solo entrará en vigencia el 1 de mayo. Si usted abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare; consulte la tabla de la página 248.
- Sus servicios de Medicaid de Michigan; consulte la página 250.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía llamando a los siguientes números:

- Michigan ENROLLS al **1-800-975-7630**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-263-5897**.
- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. Puede comunicarse con el MMAP al **1-800-803-7174**.
- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el Capítulo 5.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B. Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Medicaid de Michigan o Medicare que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan:

- Llame a Michigan ENROLLS al **1-800-975-7630**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-263-5897**. **O BIEN**
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llame al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Podrá encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan en la tabla de la página 248.

C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan juntos en un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente:

- Llame a Michigan ENROLLS al **1-800-975-7630**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-263-5897**. Infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health Premier Plan e inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.

Su cobertura con Aetna Better Health Premier Plan finalizará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid de Michigan de manera separada

Si usted no desea inscribirse en un plan de Medicare y Medicaid diferente cuando abandone Aetna Better Health Premier Plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente cancelará su membresía con nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare (como un plan Medicare Advantage o el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada [PACE])</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMA) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
---	---

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos con receta si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. En Michigan, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP) de Michigan. <p>Su inscripción en Aetna Better Health Premier Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura en Original Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan

Si deja el plan de Medicare y Medicaid, obtendrá sus servicios de Medicaid de Michigan a través del pago por servicio.

Sus servicios de Medicaid de Michigan incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de salud conductual. Si deja el plan de Medicare y Medicaid, puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid de Michigan.

E. Siga obteniendo sus productos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su membresía

Si abandona Aetna Better Health Premier Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan entre en vigencia. Durante este tiempo, debe seguir obteniendo sus medicamentos con receta y atención médica a través de nuestro plan.

- Use nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- **Use las farmacias de la red**, incluidos los servicios de farmacia de pedido por correo, **para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía en Aetna Better Health Premier Plan, nuestro plan cubrirá la hospitalización hasta que reciba el alta.** Esto sucederá incluso si comienza su nueva cobertura médica antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía

Existen casos en los que Aetna Better Health Premier Plan debe cancelar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid de Michigan. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid de Michigan. El programa MI Health Link le permite permanecer inscrito en el programa MI Health Link durante tres meses como máximo después de la pérdida de elegibilidad para Medicare para brindarle la oportunidad de obtener la documentación de su redeterminación clasificada con su asistente social. Esto se denomina “consideración”. (Para obtener más información sobre la “consideración”, consulte el Capítulo 12).

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano estadounidense o no está legalmente en los Estados Unidos.
 - Deberá ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible según estos requisitos para ser miembro de nuestro plan.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con estos requisitos.
- Si usted, a sabiendas, no completa ni envía el formulario de consentimiento o divulgación necesario que le permite a la ICO o a los proveedores acceder a la información sobre la atención médica y los servicios.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos permiso de Medicare y Medicaid de Michigan primero:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

Es posible que Aetna Better Health Premier Plan no solicite la cancelación de su inscripción ni le pida que abandone nuestro plan por lo siguiente:

- Un cambio en su salud o por el uso de los servicios médicos.
- Capacidad mental disminuida.
- Comportamientos poco colaboradores o perturbadores causados por necesidades especiales (a menos que su comportamiento nos dificulte brindarle servicios a usted y a otros miembros).
- Usted quiere tomar decisiones de tratamiento con las que nosotros o cualquiera de sus proveedores de atención médica asociados a nuestro plan no está de acuerdo.

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la Línea de ayuda de beneficiarios al **1-800-642-3195 (o al 1-866-501-5656 para usuarios de TTY)**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 07:00 p.m. También debe llamar al programa del defensor del pueblo de MI Health Link al **1-888-746-MHLO (1-888-746-6456)**, de lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, puede enviar un correo electrónico a **help@MHLO.org**.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días a la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Es capítulo incluye avisos legales que aplican a su membresía en Aetna Better Health Premier Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	254
B. Aviso sobre no discriminación	254
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	254
D. Proveedores fuera de la red	255
E. Redes de proveedores, hospitales y farmacias	255
F. Fraude, uso indebido y abuso	255
G. Aviso sobre prácticas de privacidad	258



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid de Michigan deben cumplir las leyes que lo protegen de discriminación o trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato imparcial:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al **1-800-482-3604**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

D. Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o vea su *Manual para miembros* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

E. Redes de proveedores, hospitales y farmacias

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

F. Fraude, uso indebido y abuso

El fraude en la atención médica nos afecta a todos. Tiene un impacto en la calidad de la atención médica. Aetna Better Health Premier Plan se dedica a combatir el fraude, el abuso y el uso indebido a través de su Programa de prevención del fraude. Este programa está diseñado para detectar y eliminar el fraude, abuso y uso indebido en la atención médica.

¿Qué puede hacer?

Sepa a lo que debe estar atento. Puede ayudar a proteger su identidad y beneficios. Desconfíe de lo siguiente:

- Personas que intentan venderle productos o servicios de atención médica puerta a puerta o por teléfono.
- Personas que ofrecen dinero o regalos por servicios de atención médica.
- Facturas por servicios o equipos que usted no recibió.
- Envíos de suministros médicos que usted no solicitó.
- Alguien que use su tarjeta de identificación para obtener atención, suministros o equipos médicos.
- Personas que le ofrecen regalos o servicios a cambio de su número de identificación.
- Falsificación de planillas por servicios que no se brindaron o solo se brindaron de forma parcial.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

- Dar un diagnóstico incorrecto para recibir un pago mayor.
- Llevar a cabo servicios innecesarios para recibir un pago mayor.

Conozca con quién comparte información

No tenga miedo de hacer preguntas si alguien le pide su información personal. Nunca proporcione su número de Seguro Social, números de planes de salud o información bancaria a nadie que no conozca.

Es importante poder identificar estos problemas y proteger su identidad y beneficios.

Robo en línea de información personal

Las personas pueden intentar robar su información personal o de Medicare y Medicaid en línea. Pueden perjudicarlo económicamente e interrumpir sus beneficios. No siempre es fácil distinguir un correo electrónico importante sobre sus beneficios de una estafa en línea. Un correo electrónico puede decir que hay un problema con su cuenta o solicitar información actualizada para continuar con su cobertura.

Usted puede contribuir a apoyar nuestra misión de reducir y eliminar el fraude en la industria de la atención médica si sigue algunas pautas simples:

- Tenga cuidado al proporcionar su información de atención médica, incluido su número de identificación de miembro.
- Tenga cuidado con los tratamientos médicos “gratuitos” en los que debe proporcionarles su información de atención médica.
- Comprenda su plan de beneficios y qué tipos de tratamientos, medicamentos, servicios, etc., están cubiertos.

Estafas de telemarketing

Muchos negocios legítimos utilizan el telemarketing. Pero los delincuentes también pueden utilizar las llamadas en directo o grabadas para tratar de robar su identidad. Aetna no llamará para pedir su número de cuenta bancaria, de Seguro Social o de identificación de miembro.

Qué puede hacer:

- Cuelgue el teléfono cuando sean mensajes grabados que le piden verificar su información personal.
- No presione ninguna tecla o números cuando se le solicite, incluso si es para eliminar su nombre de su lista.
- Nunca dé su información personal a alguien que no conoce.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Estafas de farmacias en línea

La mayoría de las farmacias en línea no son seguras ni legales. Podrían enviarle medicamentos manipulados, vencidos o falsos. Podrían utilizar su información personal para robar su identidad.

Qué puede hacer:

- Solo realice pedidos en las farmacias en línea de la red de farmacias de su plan de salud.
- No haga clic en enlaces de correos electrónicos o anuncios emergentes en Internet.
- No realice pedidos en farmacias fuera de los Estados Unidos.
- Denuncie las farmacias que:
 - Ofrecen medicamentos con receta sin una receta.
 - No acepten su tarjeta de seguro de recetas como forma de pago.

Fraude en análisis de laboratorio

Su médico debe ordenar las pruebas genéticas para que Aetna las cubra. Algunos laboratorios intentan ofrecer una prueba gratis para obtener su información de Aetna. Pueden intentar robar su identidad o presentar una factura fraudulenta.

Qué debe hacer antes de aceptar pruebas genéticas:

- Asegúrese de que su médico haya ordenado la prueba.
- Asegúrese de que la prueba sea médicamente necesaria y de que la cubramos.

Infórmenos sus inquietudes

Puede completar el formulario en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana si tiene preguntas sobre el formulario.

No necesita proporcionarnos su nombre ni su información de contacto. Pero si lo hace, lo mantendremos confidencial. También puede darnos solo su información de contacto y no su nombre.

Si decide no darnos su información de contacto, nuestra revisión solo será sobre la información que esté reportando. Es importante que nos proporcione toda la información que pueda. Nos ayudará a hacer una investigación completa y correcta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

G. 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.

A qué nos referimos cuando decimos “información de salud” ^[1]

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

- Nombre
- 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. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

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 esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si usted es menor de 18 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 controlar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

Esta sección continúa en la siguiente página.

^[1] A los fines de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros”, “nos” y “nuestro(a)” se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

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

- Promoción de la salud
- Coordinación de la atención
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un coordinador de atención trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarlo con su problema de 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 ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos 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: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

Esta sección continúa en la siguiente página.

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 requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

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.

Esta sección continúa en la siguiente página.

- 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.

Aetna, Inc. cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género y orientación sexual. Aetna, Inc. no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género y orientación sexual.

Llámenos gratis al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana:

- 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 usted considera que se han infringido sus derechos o que ha sido discriminado por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género y orientación sexual, escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Premier Plan
5801 Postal Rd.
PO Box 818070
Cleveland, OH 44181

También puede presentar un reclamo relacionado con su privacidad ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. Llámenos al número gratuito **1-855-676-5772 (TTY: 711)** para obtener la dirección.

Si usted no está conforme 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:

Esta sección continúa en la siguiente página.

- **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 permite que únicamente las personas que deben hacer su trabajo y brindarle atención puedan acceder a la información.

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

Modificaciones de 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 cambios se aplicarán a toda su información: la que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web

AetnaBetterHealth.com/Michigan.

Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.

Para obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio, llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Arabic, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل على الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتكون هذه المكالمات مجانية.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Afección médica de emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o la función corporal o para evitar el deterioro grave de esta y si usted es una mujer embarazada, para evitar que pierda el feto. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Agencia estatal de Medicaid: el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan. Esta es la agencia que administra el programa Medicaid de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar la atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Apelación: una forma de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Nos puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura a través de una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Atención de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, una lesión o una afección repentina que no es de emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. 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: cualquier servicio de salud/tratamiento que recibe en un hospital y que no requiere hospitalización. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que pueden prestarse en su hogar por una enfermedad o lesión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Audiencia imparcial: la posibilidad que se le otorga de contar su problema ante una audiencia formal y demostrar que una decisión que tomamos es errónea. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Autodeterminación: la autodeterminación es una opción disponible para los inscritos que reciben servicios a través del programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el HCBS de MI Health Link. Se trata de un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida. Esto incluye administrar un monto fijo de dinero para cubrir sus servicios y apoyos autorizados. A menudo, eso se denomina “presupuesto individual”. Si decide hacer esto, también tendría control sobre la contratación y administración de proveedores.

Autorización previa (PA): una aprobación por parte de Aetna Better Health Premier Plan que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico, o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el servicio o medicamento si no tiene la aprobación. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una PA de nuestro plan.

- En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de atención médica en el hogar: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de la Parte D Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Biosimilar: medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, con sujeción a las leyes estatales.

Cancelar su inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección). Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

Capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona instrucciones adicionales para nuestros proveedores de atención médica que les permite comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios y satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idiomas.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): un centro de atención de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda cirugía para pacientes externos a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no esperan necesitar más de 24 horas de atención.

Centro u hogar de convalecencia: lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener servicios en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura de medicamentos con receta: medicamentos que cubre el plan de salud conforme a las Partes A, B y D de Medicare y Medicaid que su proveedor solicita para usted. Puede obtener estos medicamentos en una farmacia o a través del servicio de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte los Capítulos 4 y 5.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Continuación de beneficios: puede continuar recibiendo los beneficios mientras espera una decisión de una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “continuación de beneficios”.

Coordinador de atención: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que obtenga el cuidado que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Copago: un pago que debe realizar por los servicios de salud, además del pago que Aetna Better Health Premier Plan hace. No se le debe exigir que pague ningún copago. Si recibe una factura por un copago, debe comunicarse con su coordinador de atención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: una oficina en su estado que funciona como abogado en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor del pueblo en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando el plan o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Dispositivos de rehabilitación: determinados equipos que ayudan a satisfacer las necesidades clínicas o funcionales, como andadores, bastones, muletas, glucómetros y bombas de infusión.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales, y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Equipo médico duradero (DME): ciertos productos que su médico u otro proveedor de atención médica solicita para que use en su hogar. Los ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores. Para obtener más información, consulte los Capítulos 3 y 4.

Especialista: un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Evaluación del riesgo para la salud: revisión de la historia clínica y la afección actual de un paciente. Se utiliza para conocer cuál es el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro. Para obtener más información, consulte los Capítulos 1 y 2.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Para obtener más información, consulte los Capítulos 5 y 9.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health Premier Plan cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende. Como Aetna Better Health Premier Plan paga el costo total de los servicios, usted no debe nada en costos compartidos. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 11.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportunamente apropiada, clínicamente apropiada, específica de los inscritos sobre beneficios y medicamentos cubiertos. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospitalización: cuando es ingresado en un hospital por servicios de salud/tratamiento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health Premier Plan para obtener más información sobre cómo Aetna Better Health Premier Plan protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Inscrito en Medicare y Medicaid: una persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid. Un inscrito en Medicare y Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Libertad para trabajar: un programa que ofrece cobertura médica a trabajadores con discapacidades de Michigan que no son elegibles, de otro modo, para Medicaid. Las personas que forman parte del programa Libertad para trabajar obtienen una cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene preguntas sobre el programa Libertad para trabajar, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS). Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS en el sitio web www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.html. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos, en ocasiones, se denomina “formulario”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Manual para miembros e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid de Michigan (o asistencia médica): un programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid de Michigan. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo puede comunicarse con Medicaid de Michigan.

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía que originariamente realizó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Medicamento genérico: medicamento con receta que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Medicamentos con receta: medicamento que requiere receta médica de un profesional de salud calificado.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para todos los medicamentos con receta que cubre el plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier droga o medicamento que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado (consulte el “plan de salud”). Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Monto pagado por el paciente (PPA): monto de dinero que es posible que deba pagar por el tiempo que permanezca en un hogar de convalecencia. Este monto se basa en sus ingresos y está establecido por el estado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Medicamento necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos deben cumplir con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica. Se determina que un servicio específico es medicamento (desde el punto de vista clínico) apropiado, necesario para satisfacer las necesidades, coherente con su diagnóstico o problema de salud, es la opción más rentable en el entorno menos restrictivo y concuerda con los estándares clínicos de atención. La necesidad médica incluye aquellos servicios y apoyos diseñados para ayudarlo a alcanzar o mantener un nivel de funcionamiento suficiente que le permita vivir en su comunidad. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Médico de atención primaria/proveedor de atención primaria/PCP/proveedor: médico que presta y coordina los servicios generales de atención médica para los pacientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Niveles del medicamento: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles del medicamento. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los tres (3) niveles. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con una QIO en su estado. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Paciente internado: término que se usa cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado formalmente, puede ser considerado un paciente externo en vez de un paciente internado, aunque permanezca durante la noche. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de control.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Nosotros lo denominamos "Parte D" para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare, ni Medicaid. Aetna Better Health Premier Plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Plan de atención: plan que determina qué apoyos y servicios recibirá y cómo los recibirá. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Plan de salud/Plan: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes mediante empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir los beneficios de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Prima: el monto que debe pagar por la póliza de un seguro de salud. Usted no tiene que pagar una prima por su seguro con Aetna Better Health Premier Plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Proceso de planificación centrado en la persona: proceso para planificar y brindar apoyo a una persona que recibe servicios. El proceso se crea en función del deseo de la persona de participar en actividades que fomentan la vida en la comunidad y que respetan las preferencias, elecciones y capacidades de la persona. La persona lidera el proceso de planificación centrado en la persona, que incluye a la familia, los amigos, los representantes legales y profesionales según lo que la persona desee o requiera.

Producto biológico: medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

- Ellos se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También, pueden hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los profesionales de salud y los proveedores de apoyo, como médicos, profesionales en enfermería, psicólogos, especialistas auditivos, dentales o de la vista, personal de enfermería, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que le prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, servicios de salud conductual, para trastornos por abuso de sustancias, por discapacidad intelectual/del desarrollo y servicios y apoyos a largo plazo. Para obtener más información, consulte los Capítulos 1 y 8.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

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 fuera de la red o centro fuera de la red/proveedor no participante o centro

no participante: proveedor o centro que nuestro plan no emplea, opera ni del que es propietario y que además no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explica cómo funcionan los proveedores o centros fuera de la red. En el Capítulo 3, se explica cómo funcionan los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedor no participante/proveedor fuera de la red: un proveedor que no forma parte de nuestra red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Proveedor participante: proveedor que está incluido en nuestra red.

Queja: un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Reclamo: una declaración escrita u oral en la que se dice que tiene un problema o una inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. Para obtener más información, consulte los Capítulos 8 y 9.

Red: el grupo de médicos, hospitales y demás proveedores de atención médica que prestan servicios cubiertos a nuestros miembros. Para obtener más información, consulte el Capítulo 11.

Seguro de salud: tipo de seguro que paga los gastos médicos y de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Servicios de emergencia/atención de emergencia/atención en la sala de emergencias: servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica. La atención de emergencia incluye la atención en la sala de emergencias y el transporte médico de emergencia. Para obtener más información, consulte los Capítulos 3 y 4.

Servicios de hospicio: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir de forma cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

- Un inscrito que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Aetna Better Health Premier Plan debe proporcionarle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: servicios que este plan de salud no cubre. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Servicios médicos: servicios de salud prestados por un médico.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección prolongada. Los LTSS incluyen servicios en un hogar de convalecencia y servicios basados en el hogar y la comunidad. Los servicios basados en el hogar y la comunidad lo ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de convalecencia u hospital. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Servicios/dispositivos de habilitación: servicios/dispositivos de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte en “Ayuda adicional”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

Transporte médico de emergencia: Transporte que lo lleva al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su salud o, si está embarazada, la vida o salud del feto. Para obtener más información, consulte los Capítulos 3 y 4.

Tratamiento escalonado: una norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health Premier Plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电**1-855-676-5772 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電**1-855-676-5772 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-676-5772 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-676-5772 (TTY: 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-676-5772 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health® Premiere Plan

LLAME AL

1-855-676-5772.

Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY

711.

Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ESCRIBA A

Aetna Better Health Premier Plan
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998-2980

SITIO WEB

AetnaBetterHealth.com/Michigan



AetnaBetterHealth.com/Michigan