1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de su atención médica de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid), atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad y la cobertura para medicamentos con receta desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Este plan, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), es ofrecido por AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).)

This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible sin cargo en español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con, al menos, 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda. Y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Los miembros deben usar proveedores, farmacias y proveedores de equipo médico duradero (DME) de la red o participantes. No se requiere ninguna remisión para recibir servicios cubiertos de proveedores de la red. Se inscribirá a los miembros en la cobertura Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) de la Parte D y se les cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otro plan de la Parte D de Medicare o de cobertura acreditable en el que estén actualmente inscritos.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Normalmente, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros tienen la opción de inscribirse para la entrega automática de pedidos por correo.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

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.

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1: ***Primeros pasos como miembro*** **5**

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Documentación importante para miembros que recibirá 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) 10
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 11
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 11

Capítulo 2: ***Números de teléfono y recursos importantes*** **13**

SECCIÓN 1 Contactos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros) 14
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 20
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 21
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 22
SECCIÓN 5 Seguro Social 23
SECCIÓN 6 Medicaid 23
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 25
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 25
SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador? 26

Capítulo 3: ***Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*** **27**

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 28
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 29
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre 33
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 35
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 36
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 37
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 38

Índice

Capítulo 4: ***Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*** **40**

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 41

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto 41

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 76

Capítulo 5: ***Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*** **80**

SECCIÓN 1 Introducción 81

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 81

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" 86

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 88

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 90

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 91

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 93

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 94

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 94

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 95

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos 97

Capítulo 6: ***Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*** **99**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 100

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 101

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 102

Capítulo 7: ***Sus derechos y responsabilidades*** **104**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 105

Capítulo 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta y su atención médica de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) a través de nuestro plan, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que los beneficios están destinados a personas con necesidades especiales de atención médica. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está destinado a personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de NJ FamilyCare (Medicaid) para los costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), no pagará nada por los servicios de atención médica de Medicare. Al cubrir los servicios de atención médica, NJ FamilyCare (Medicaid) también le brinda otros beneficios que generalmente no están cubiertos por Medicare, como medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y en la comunidad. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica a los que tiene derecho.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es administrado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también ha celebrado un contrato con el programa Medicaid de Nueva Jersey (NJ) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid), incluida su cobertura para medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC) y 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.

Sección 1.2	¿De qué se trata el *documento Evidencia de cobertura*?

Este documento sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a la atención a largo plazo, los servicios basados en el hogar y en la comunidad, y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que le confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato esté vigente durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. Después del 31 de diciembre de 2023, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), así como el programa Medicaid de New Jersey, deben aprobar Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y si Medicare y el programa de Medicaid de Nueva Jersey renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus calificaciones para elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- *Y* -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se considera que viven en el área geográfica de servicio

incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- *Y* -- es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- -- *Y* -- cumple con la calificación para elegibilidad específica descrita a continuación.

Calificaciones especiales para elegibilidad para nuestro plan
Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal, que ayuda a solventar los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible en nuestro plan, debe ser elegible para los beneficios de Medicare y Medicaid completo.

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde la elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de 6 meses, sigue siendo elegible para la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describe la cobertura durante un período de elegibilidad considerada continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto de los Gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del Gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como los deducibles, coseguros y copagos), e incluye la elegibilidad para los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New Jersey Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está disponible a nivel estatal.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del

Capítulo 2.

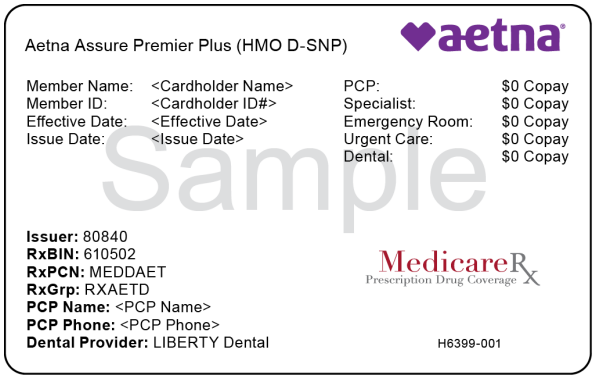
Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante para miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:


Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

aetna

Member Name: <Cardholder Name>
Member ID: <Cardholder ID#>
Effective Date: <Effective Date>
Issue Date: <Issue Date>

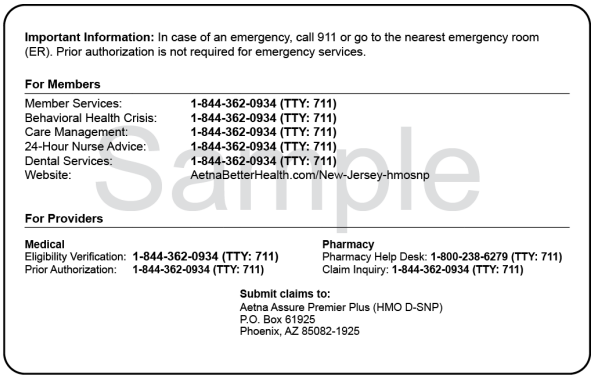
PCP: $0 Copay
Specialist: $0 Copay
Emergency Room: $0 Copay
Urgent Care: $0 Copay
Dental: $0 Copay

Sample

Issuer: 80840
RxBIN: 610502
RxPCN: MEDDAET
RxGrp: RXAETD
PCP Name: <PCP Name>
PCP Phone: <PCP Phone>
Dental Provider: LIBERTY Dental

MedicareRx Prescription Drug Coverage

H6399-001


Important Information: In case of an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). Prior authorization is not required for emergency services.

For Members

Member Services: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
Behavioral Health Crisis: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
Care Management: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
24-Hour Nurse Advice: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
Dental Services: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
Website: AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Sample

For Providers

Medical
Eligibility Verification: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**
Prior Authorization: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**

Pharmacy
Pharmacy Help Desk: **1-800-238-6279 (TTY: 711)**
Claim Inquiry: **1-844-362-0934 (TTY: 711)**

Submit claims to:
Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
P.O. Box 61925
Phoenix, AZ 85082-1925

NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Assure Premier Plus (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores, farmacias y proveedores de equipos médicos duraderos de la red.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como el pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se va fuera sin autorización adecuada, deberá pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sería razonable esperar o no se puede obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia del Departamento de Servicios para Miembros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan.

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid). Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) han aprobado la Lista de medicamentos de Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga ninguna prima mensual del plan por separado para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Como miembro de este plan, Medicaid paga su prima de la Parte B de Medicare por usted.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que tiene cubiertos**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que están fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No es obligatorio que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro
Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el fin de enumerar las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se

denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo, como los siguientes:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

NJ FamilyCare (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

Capítulo 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan
Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación lingüística disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para las decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-833-322-0034
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Precertification Unit 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-844-814-2260
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Método	Información de contacto para las apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 New Albany, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-844-814-2260
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Part D Appeals Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica
Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181

Método	Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pida que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió
Si recibió una factura o pagó por los servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en casos de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
ESCRIBIR A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de 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 (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare**: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP): • **Infórmele a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese 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 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 para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar 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).

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En New Jersey, el SHIP se denomina Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

SHIP es un programa estatal (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare y a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en **"Hablar con alguien"** en el centro de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones.
  - Opción 1: puede tener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**.
  - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Iniciar). Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)
LLAME AL	1-800-792-8820 Atendemos de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBIR A	NJ State Health Insurance Assistance Program, PO Box 807, Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para New Jersey, la Organización para la mejora de la calidad se llama Organización para la mejora de la calidad de la atención centrada en el beneficiario y en la familia de Livanta (BFCC-QIO).

Livanta está integrado por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad (QIO) de New Jersey)
LLAME AL	1-866-815-5440 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.

Método	Información de contacto de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad (QIO) de New Jersey)
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBIR A	Livanta LLC – BFCC-QIO, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/new_jersey

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Dado que usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y está inscrito en ambos, la cobertura brindada a través de nuestro plan incluye la cobertura de todos los beneficios a los que tiene derecho en virtud del cuidado administrado de Medicaid (también conocido como NJ FamilyCare). En

consecuencia, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los beneficios de Medicad como audífonos, exámenes de la vista de rutina y servicios dentales integrales. Además, NJ FamilyCare (Medicaid) paga su prima de la Parte B.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ.

Método	Información de contacto de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ
LLAME AL	1-800-701-0710 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBIR A	NJ Department of Human Services, Division of Medical Assistance and Health Services, PO Box 712, Trenton, NJ 08625-0712
SITIO WEB	state.nj.us/humanservices/dmahs/home/index.html

La Oficina del defensor del pueblo en materia de seguros ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

Método	Información de contacto de la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Banca y Seguros de New Jersey
LLAME AL	1-800-446-7467 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBIR A	The Office of the Insurance Ombudsman, NJ Department of Banking and Insurance, PO Box 472, Trenton, NJ 08625-0472
SITIO WEB	state.nj.us/dobi/ombuds.htm

El programa de la Oficina del defensor del pueblo para atención a largo plazo del estado de New Jersey ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Información de contacto de la Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey
LLAME AL	1-877-582-6995 Atendemos de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711

Método	Información de contacto de la Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo de New Jersey
ESCRIBIR A	NJ Long-Term Care Ombudsman, PO Box 852, Trenton, NJ 08625-0852
SITIO WEB	nj.gov/ooie/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare
Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta "Ayuda adicional".

Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda adicional", llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 08:00 a. m. y las 07:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

Capítulo 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la Tabla de beneficios del Capítulo 4 a continuación *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto)*.

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

- Los ***“proveedores”*** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los ***“proveedores de la red”*** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los ***“servicios cubiertos”*** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se discutirán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los que cubre Original Medicare (consulte la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención**. Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este

tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones*:

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedorfuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa "servicios de atención de emergencia" o "de urgencia", consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare (Medicaid) exigen que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

¿Qué es un "PCP" y qué hace el PCP por usted?
Como miembro de nuestro plan, debe tener un PCP de la red adjunto en nuestros registros. Es muy importante que elija un PCP de la red y que nos informe a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP (o consultorio del PCP) figurará en su identificación de miembro. Si la identificación de miembro no muestra un PCP (o consultorio de un PCP) o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato.

Según dónde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Geriatra
- Auxiliares médicos
- Profesionales en enfermería

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider para obtener una lista completa de los PCP en su área.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?
Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, se

coordinarán con otros proveedores. Su PCP lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre algunos de los servicios que el PCP coordinará, se incluyen los siguientes:

- radiografías
- análisis de laboratorio
- terapias
- atención de médicos especialistas
- internaciones en hospitales

La "coordinación" de sus servicios incluye verificar con otros proveedores del plan la atención que recibe y cómo evoluciona. Dado que el PCP brindará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa?
En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en el Capítulo 4.

¿Cómo elegir al PCP?
Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias,* mediante nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Si no seleccionó un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento; para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Cambiar de PCP
Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Comuníquese con nosotros de inmediato si su identificación de miembro no muestra el PCP que desea utilizar. Actualizaremos su archivo y le enviaremos una nueva identificación de miembro que refleje el cambio de PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros **antes** de coordinar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). También verificará si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este. También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

En algunos casos, y por hasta cuatro meses pasada la fecha de cancelación efectiva (finalización del periodo de aviso), usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos de parte de un médico u otro profesional de salud participantes que hayan abandonado la red.

Además, si está recibiendo ciertos tratamientos, puede obtener periodos de atención más prolongados, según se indica a continuación:

- Embarazo, hasta la evaluación posparto (hasta seis semanas luego del parto).
- Atención de seguimiento posoperatoria (hasta seis meses).
- Tratamiento oncológico (hasta un año).
- Tratamiento psiquiátrico (hasta un año).

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una remisión de su PCP?

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio).

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de 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 afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?
Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.

- Es posible que su PCP lo remita a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o acceda a nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

Proceso para obtener una autorización previa
En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que recibe dentro de la red (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?
Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio. Puede requerirse autorización previa en este caso.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 8.

Sección 2.4 Cómo recibir atención proporcionados por proveedores fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, es posible que rechacemos la cobertura y será responsable de pagar el costo completo. *Existen cuatro excepciones*:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber lo que significa "atención de emergencia" o "de urgencia", consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare (Medicaid) exigen que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un

proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización, con el fin de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Usted puede recibir servicios de planificación familiar a través de proveedores fuera de la red. En estos casos, los servicios quedarán cubiertos directamente mediante el pago por servicio de Medicaid.

Debe pedirle al proveedor fuera de la red que nos facture a nosotros primero. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedorfuera de la red le envía una factura que considera que nosotros debemos pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una *"emergencia médica"* y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?
Una ***"emergencia médica"*** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida de una discapacidad corporal o grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda 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 es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en su tarjeta de identificación de miembro encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

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

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?
Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de 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, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los “servicios de urgencia”?
Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica

inmediata, pero, dada sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de estas características dentro de la red y cerca de usted consultando el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider o recibiendo ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

Sección 3.3 Cómo obtener 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 su plan.

Visite el siguiente sitio web: AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red. Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal y como se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o los servicios obtenidos fuera de la red no fueron autorizados, usted, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los datos del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe ni que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en los en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que recibe en estudio de investigación clínica.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los productos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?
Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde podrá leer o descargar la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en 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.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 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 conscientemente a recibir un tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- El tratamiento o la atención médica que “no estén exceptuados” hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es el tratamiento o la atención médica que no se consideran voluntarios y que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - 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.
  - *Además,* debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria y las limitaciones como paciente internado, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tendrá posesión de los productos de DME alquilados, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?
Si no obtuvo la posesión del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la posesión del producto. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?
Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento. Después de cinco años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le obliga a pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

Capítulo 4:
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

En este capítulo, se incluye una Tabla de beneficios médicos, en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1	No debe pagar nada por los servicios cubiertos

Debido a que usted recibe asistencia de NJ FamilyCare (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir su atención).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1	Sus beneficios médicos, de atención a largo plazo y de servicios en el hogar y en la comunidad como miembro del plan

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se detallan los servicios que cubre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubren Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están señalizados por una nota en la Tabla de beneficios médicos.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos el coseguro, los copagos y los deducibles. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios basados en el hogar y la comunidad, servicios dentales integrales, audífonos y servicios de la vista.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o pida una copia 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Nuestro plan cubre todos sus beneficios de Medicare y Medicaid sin costo para usted. Disponemos de un paquete de beneficios único e integral, que incluye los beneficios de Medicare (incluidos los medicamentos con receta de la Parte D) y los beneficios de Medicaid, junto con los beneficios suplementarios adicionales que no cubren los programas Medicare y Medicaid comunes. La Tabla de beneficios médicos en esta sección enumera todos estos beneficios en un solo lugar para su conveniencia.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que los beneficios que sean solo de Medicaid no estén cubiertos por nuestro plan. Para averiguar si un beneficio es únicamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este documento. Todos los servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirán estando cubiertos con un costo compartido de $0 (sin copagos, coseguros ni deducibles) durante el período de elegibilidad considerada continua.

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como: • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, enfermedad, etc.). • Aquel que no está asociado con una cirugía. • Aquel que no está asociado con un embarazo. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos de proveedores: los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa)(5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) N.° 42.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. **Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Examen físico de rutina anual El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario. Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura para pruebas de laboratorio y de diagnóstico. Consulte la sección ***“Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”*** para obtener más información.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Cuenta con cobertura una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
Servicios para el trastorno del espectro autista Para todos los miembros con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD), el plan proporcionará análisis conductual aplicado (ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial (SI), servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios basados en el desarrollo de las relaciones, incluidos, entre otros, el DIR, DIR Floortime y el tratamiento de enfoque Greenspan. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (por lo general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección por año calendario para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Los análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos anualmente para todos los miembros de 20 años o más, y con mayor frecuencia cuando esto es médicamente necesario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres, se aplica lo siguiente: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. • Servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Prueba para detectarcáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Dos de cada una de las siguientes evaluaciones por año calendario: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT)	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección colorrectal basadas en ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección	
Servicios dentales En la cobertura, se incluyen servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios generales complementarios. Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa junto con la documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para menores y se limitan a la edad. A su vez, solo se aprueban con la documentación correspondiente, relativa a una maloclusión incapacitante o a una necesidad médica. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamientos de conducto; raspado y alisado radicular; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones); y anestesia o sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para realizar procedimientos quirúrgicos bucales). Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año consecutivo. Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, prevención y periodoncia determinados para los miembros con necesidades especiales de atención médica. Para encontrar un proveedor dental de la red, puede comunicarse con Liberty Dental al 1-855-225-1727. **Se cubre el tratamiento dental realizado en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio con autorización previa y documentación que respalde la necesidad médica.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. **Notas:** • Cubrimos los suministros para la diabetes fabricados por	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
OneTouch/LifeScan. Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas OneTouch/LifeScan. También cubrimos lancetas, soluciones y dispositivos de punción OneTouch/LifeScan. Debe solicitar su kit inicial de LifeScan, incluido el modelo de medidor que prefiere. Para hacerlo, comuníquese con LifeScan directamente al 1-877-764-5390. Utilice el código de pedido: 123AET200. LifeScan le enviará un kit inicial por correo que incluye el medidor que seleccionó, un pequeño suministro de lancetas y tiras reactivas, así como materiales educativos y materiales que indican cómo usarlos. También debe comunicarse con su médico para obtener una receta para las tiras reactivas de LifeScan que puede obtener en su farmacia de la red. • No cubrimos otras marcas de glucómetros y tiras reactivas, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción médica y se la aprueben. • No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tienen una excepción médica, o que tienen una excepción médica que no esté aprobada. • Los glucómetros de monitoreo continuo (CGM) se consideran equipo médico duradero (DME). **Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas cada 30 días.** **Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos.** **La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicio de doulas El servicio de doulas está cubierto. Una doula es una profesional capacitada que proporciona apoyo físico, emocional e informativo continuo a la madre durante todo el periodo perinatal. La doula también puede proporcionar apoyo informativo para recursos comunitarios. La doula no sustituye al profesional médico autorizado y no puede realizar tareas clínicas. Antes de iniciar las visitas, un profesional autorizado debe recomendar la atención de la doula.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 11 de este documento, figura una definición de “equipo médico duradero”). Los productos cubiertos incluyen, entre otros, 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	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en: AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 8, *Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presentan síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención.
EPSDT (Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico) Para los miembros menores de 21 años, los siguientes servicios están cubiertos: cuidado para el bienestar infantil, pruebas de detección preventivas, exámenes médicos, exámenes de detección y servicios auditivos y de la vista, vacunas, pruebas de detección de plomo y	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
servicios de atención de enfermería privada. La atención de enfermería privada está cubierta para beneficiarios EPSDT elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Tarjeta de beneficios adicionales Recibirá una asignación trimestral de $400 en una tarjeta de débito precargada que puede usarse para lo siguiente: • **Alimentos saludables** ◦ El beneficio puede utilizarse para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en sucursales minoristas aprobadas, así como en línea en Aetna.NationsBenefits.com y por teléfono al 1-877-204-1817 (TTY: 711). Para obtener una lista completa de los productos cubiertos o las sucursales minoristas aprobadas, puede visitar Aetna.NationsBenefits.com o utilizar la aplicación móvil de Nations. Los productos alimenticios aprobados son opciones saludables y se permitirán para la compra minorista usando su tarjeta de débito precargada en el registro si son un producto aprobado por el plan. Consulte su documentación para miembros para obtener más información sobre los productos que podrá comprar. Su asignación es trimestral y los fondos sin usar no se transferirán y se perderán. La tarjeta de débito se le proporcionará por correo. Llame a NationsBenefits Member Experience Advisor al 1-877-204-1817 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener más información sobre este beneficio.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Prevención de caídas Nuestro plan le brinda una asignación anual de $150 para la compra de determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño clínicamente apropiados que pueden ayudarlo a controlar las discapacidades físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad en el hogar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711) si tiene preguntas sobre estos productos de seguridad o desea obtener más información sobre este beneficio. Los productos cubiertos se enviarán directamente a su domicilio. Usted será responsable de la instalación y del montaje. Existe un límite	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de 3 pedidos por año, incluso si no ha superado la asignación anual.	
Servicios y suministros de planificación familiar Los servicios cubiertos incluyen la historia clínica y exámenes físicos (incluidos los de la pelvis y del pecho), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos los kits de pruebas de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético. Los servicios brindados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Programa de acondicionamiento físico Tiene cubierta la membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico SilverSneakers® participante. Los kits de acondicionamiento físico en el hogar y las clases en línea también se encuentran disponibles si no se encuentra cerca de un club participante o si prefiere ejercitarse en casa. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers. También tendrá acceso a clases enriquecedoras en línea que contribuyen a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento mental. Las clases de salud y bienestar incluyen, entre otros, lo siguiente: cocina, comida y nutrición, y atención plena. Las clases de acondicionamiento mental incluyen, entre otros, lo siguiente: habilidades nuevas, organización, autoayuda y cómo mantenerse conectado. Se puede acceder a estas clases en línea en SilverSneakers.com. Para comenzar, necesitará su número de identificación de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com o llame a SilverSneakers al 1-888-423-4632 (TTY/TDD: 711) para obtener este número de identificación. Luego, lleve este número de identificación cuando visite un centro de acondicionamiento físico participante. Para obtener información sobre los centros participantes, puede consultar el sitio web de SilverSneakers o llamar a SilverSneakers.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Programas educativos sobre salud y bienestar • **Línea directa de enfermería disponible las 24 horas:** hable con un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame al 1-844-362-0934 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia).	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos los exámenes de audición de rutina, exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio, exámenes otológicos y para audífonos antes de recetar audífonos, pruebas para ajustar audífonos, exámenes y ajustes de seguimiento, y reparaciones pasada la fecha de garantía. Los audífonos, así como accesorios y suministros relacionados, están cubiertos. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de su proveedor.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para llevar a cabo una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Antes de recibir servicios de infusión en el hogar, un médico debe solicitarlos e incluirlos en su plan de atención. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • 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.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención a domicilio El plan también cubre ciertos equipos médicos duraderos, como así también asesoramiento espiritual y para el duelo. Para los miembros menores de 21 años, se cubren la atención paliativa y la atención	No se requiere coseguro, copago ni deducible. Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
curativa. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Para los servicios cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Toda la atención médica que no esté relacionada con su pronóstico terminal estará cubierta normalmente. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • 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	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestros beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. El calendario de vacunación infantil completo está cubierto para los miembros menores de 21 años.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento de desórdenes por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • El plan cubre servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. • El plan cubre las hospitalizaciones para cuidados agudos de pacientes internados para todos los miembros en un hospital general, independientemente del diagnóstico o tratamiento por el que se los ingresa.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Los servicios brindados en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico están todos cubiertos. • La desintoxicación médica para pacientes internados (manejo de la abstinencia a cargo de un médico para pacientes internados) está cubierta. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) El programa de MLTSS brinda servicios en el hogar y en la comunidad a los miembros que requieren el nivel de atención que normalmente se proporciona en un centro de atención de enfermería y les permite recibir la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Los MLTSS incluyen, entre otros, los siguientes servicios: servicios de vida asistida; terapia cognitiva, del habla, ocupacional y fisioterapia; servicios de tareas domésticas; entrega de comidas a domicilio; modificaciones de la residencia (como instalación de rampas o barandas); modificaciones de vehículos; atención social diurna para adultos; y transporte no médico. El programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Beneficio de comidas Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada y del retorno a su hogar, es posible que sea elegible para recibir en su domicilio un máximo de 28 comidas durante un período de 14 días. Una vez que el plan confirme que este beneficio ayudará en su recuperación o a tratar sus afecciones médicas y que no se trata solo de una función de conveniencia o comodidad, nuestro socio, GA Foods, se pondrá en contacto con usted para programar el envío. **Nota:** Las hospitalizaciones para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las comidas cubiertas.
Atención médica diurna La atención médica diurna cubre servicios preventivos, terapéuticos, de	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria y se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un	No se requiere coseguro, copago ni deducible. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • 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 inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • 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/new-jersey-hmosnp/providers/prior-authorization.html También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
o médico de atención primaria.	
Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento para desórdenes por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal. • Análisis de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta. Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal vigente. Los servicios provistos por una Red de practicantes independientes (IPN) (psiquiatras, psicólogos o APN) también están cubiertos. Además, el plan cubre los siguientes servicios: • Rehabilitación de salud mental para adultos (en apartamentos y hogares grupales supervisados) • Salud mental como paciente externo (servicios hospitalarios o clínicos) • Atención parcial y administración de medicamentos **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	No se requieren coseguro,

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	copago ni deducible.
Servicios de tratamiento como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias El plan cubre pruebas de detección de desórdenes por abuso de sustancias, remisiones, medicamentos con receta y tratamientos para afecciones. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Desintoxicación no médica/manejo de la abstinencia no basado en un hospital • Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para desórdenes por el consumo de sustancias • Tratamiento ambulatorio de la abstinencia con control extendido en el lugar/desintoxicación ambulatoria • Atención parcial para desórdenes por el consumo de sustancias • Cuidados intensivos como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias • Atención como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias • Servicios de tratamiento con opioides (tratamiento asistido por medicamentos a base de metadona) • Servicios de tratamiento con opioides (tratamiento asistido por medicamentos que no son a base de metadona) • Servicios de apoyo para la recuperación entre pares (PRSS) **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario,	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Productos de venta libre (OTC) Recibirá una asignación trimestral de $360 en una tarjeta de débito precargada que puede usarse para lo siguiente: Productos de venta libre: La compra de productos OTC cubiertos aprobados por el plan comprados a través del pedido por correo o en una tienda minorista participante con una tarjeta de débito precargada. Los productos de pedido por correo se envían directamente a su domicilio con un envío de 2 días. Si su compra excede su saldo disponible, puede utilizar una forma alternativa de pago para pagar el saldo restante de su compra. Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, consulte el catálogo de NationsOTC o puede buscar productos en línea o a través de la aplicación móvil de NationsBenefits. Los productos OTC aprobados están relacionados con el bienestar y se permitirá la compra minorista con la tarjeta de débito precargada en la línea de cajas si son productos aprobados por el plan. El reembolso de los productos OTC se basa en los recibos presentados y solo se permite en el caso de que la tarjeta de débito no funcione correctamente debido a un problema técnico durante el paso de la tarjeta. Para obtener más información, envíe un formulario de reembolso completo y envíe los recibos de respaldo en línea en Aetna.NationsBenefits.com o llame a NationsBenefits al 1-877-204-1817 (TTY: 711) para comunicarse con un asesor de experiencia para miembros. Solo los productos elegibles se considerarán para el reembolso. Su asignación es trimestral y los fondos sin usar no se transferirán y se perderán. La tarjeta de débito se le proporcionará por correo postal. Nota: La asignación separada para productos de venta libre es complementaria a la asignación de su tarjeta de beneficios adicionales y se realizará en la misma tarjeta de débito precargada. Ambas asignaciones se rastrearán por separado. Proveedor de OTC: Nations	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los productos de OTC cubiertos. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
La cobertura de OTC de NationsBenefits incluye productos y productos de OTC aprobados, enviados directamente a su domicilio en dos días hábiles. Los pedidos se pueden hacer durante las 24 horas, los 7 días de la semana, de las siguientes maneras: • En línea: visite aetna.nationsbenefits.com. • Por teléfono: llame a un asesor de experiencia para miembros de OTC de Nations al 1-877-204-1817 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. • Por correo: llene y envíe el formulario de pedido del catálogo de productos. • Minorista: visite las sucursales minoristas participantes y compre los productos aprobados. Los productos solicitados son solo para los inscritos. Puede visitar aetna.nationsbenefits.com o utilizar la aplicación móvil de NationsBenefits para identificar las sucursales minoristas participantes y los productos elegibles para la compra.	
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Asistencia de atención personal (PCA) Cubre las tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar del beneficiario, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado, según lo establecido por un médico conforme al plan de atención escrito del beneficiario. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Sistema de respuesta ante emergencias personales Cubrimos un sistema de respuesta ante emergencias personales que le proporciona acceso para recibir ayuda en caso de emergencia, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este beneficio incluye el equipo (particular o móvil con GPS), envío, cumplimiento, monitoreo y servicio al cliente. Puede llamar a LifeStation a este número gratuito para inscribirse: 1-855-798-9948.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el	No se requieren coseguro,

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, siempre y cuando su proveedor pueda ofrecer estos servicios a través de la telesalud, incluidos los siguientes: ◦ Servicios de médicos de atención primaria ◦ Servicios médicos especializados ◦ Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes ◦ Servicios educativos sobre enfermedad renal ◦ Servicios de salud mental (sesiones individuales) ◦ Servicios de salud mental (sesiones grupales) ◦ Servicios de terapia ocupacional ◦ Servicios de tratamiento del consumo de opioides ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales) ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales) ◦ Servicios de fisioterapia y terapia del habla. ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales) ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales) ◦ Servicios de urgencia • Esta cobertura es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación. ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. ◦ Debe comunicarse con su médico para obtener información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, usted también tiene la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, las consultas	copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
por video de MinuteClinic u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Puede acceder a Teladoc en Teladoc.com/Aetna o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Puede averiguar si las consultas por video de MinuteClinic están disponibles en su área en CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que requieren diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, en un centro para diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación. • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud federal calificado • Controles virtuales i(por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios de podiatría	No se requieren coseguro,

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • Exámenes de rutina • Calzado terapéutico o plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético, y exámenes para adaptar dicho calzado o plantillas.	copago ni deducible.
Atención de enfermería privada Cubiertos para beneficiarios elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. Están cubiertos para los miembros con MLTSS de cualquier edad. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más (y para los hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo), los servicios cubiertos incluyen, una vez cada 12 meses, los siguientes estudios: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte **"Atención de la vista"** más adelante en esta sección). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de su proveedor.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes:** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o especialista no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT*: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si el médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, la	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como 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 cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en algunos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye 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, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse “SNF”) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. • La atención a largo plazo (cuidado asistencial) en un centro de atención de enfermería está cubierta para aquellas personas que cumplen los requisitos de atención a nivel de un centro de atención de enfermería. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar el tabaco dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. 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: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. El plan también cubre productos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, incluidos los chicles de nicotina, las grageas de nicotina y los parches de nicotina.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La SET está cubierta para miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características:	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Incluir sesiones de entre 30-60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia) El transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), una ambulancia de soporte vital básico (BLS) que no sea de emergencia (camilla) y los servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren, o servicios de vehículos y reembolso de millas), está cubierto directamente por el pago por servicio de Medicaid. Todo el transporte que no sea de emergencia se organiza a través de Modivcare, el proveedor de transporte del estado. Para programar el transporte, llame a Modivcare al 1-866-527-9933. También puede pedirle a su proveedor de atención primaria (PCP) o a su administrador de atención que le ayuden a coordinar este servicio. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) que necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) que está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios	No se requieren coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluidos un examen completo de la vista al año y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. Todos los demás miembros de 35 años de edad o más tienen una prueba de detección de glaucoma cubierta cada cinco años. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos. • Las lentes y monturas de reemplazo (o lentes de contacto) están cubiertas una vez cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años, y una vez al año para las personas de 18 años o menos y para aquellas de 60 años o más. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva por única vez "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

En esta sección se describen los servicios “excluidos”.

En la tabla detallada que se encuentra a continuación se describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por el plan bajo algunas circunstancias o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y si se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		Con cobertura
Cirugía o procedimientos estéticos.		Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.		Cubierto por el plan para aquellos miembros que cumplen los requisitos de atención a nivel de un centro de atención de enfermería.
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.		La atención de enfermería privada está cubierta para los miembros que cuenten con servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) o servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS).
Entrega de comidas a domicilio.		Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para la entrega de comidas a domicilio, como se describe en la Tabla de beneficios médicos. Se cubre la entrega de comidas a domicilio para miembros con MLTSS.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.		También se cubren los servicios de tareas domésticas para los miembros con MLTSS.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina.		Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. La cobertura del plan incluye servicios como servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		El plan proporciona una cobertura integral para los servicios dentales, incluida la atención dental de rutina como limpiezas, empastes y dentaduras postizas.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. También se cubren otros servicios y pruebas de detección.
Cuidado de rutina de los pies.		Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). El plan también cubre exámenes de rutina.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.		El plan provee cobertura para exámenes auditivos de rutina, audífonos y exámenes para la colocación de audífonos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según Original Medicare	✓	

Capítulo 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?
Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Dado que usted participa en el programa "Ayuda adicional", **hay información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta *Evidencia de cobertura* que no se aplica a su caso**.

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos de hospicio de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. En la Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre su cobertura para los medicamentos de Medicaid.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red.

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los

medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia dentro de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?
Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider.

¿Y si necesita 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 (LTC). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- 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, busque en *el Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de *"pedido por correoo"*** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correoo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 100 díaso como**

máximo.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le entregará en menos de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, le notificarán al respecto. Si necesita solicitar un pedido rápido a causa de un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlos en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el/los número(s) de receta médica. Si quiere la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitar esto al representante del Departamento de Servicios para Miembros por un cargo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia obtendrá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si usted realizó lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al continuar haciendo que su médico nos envíe sus medicamentos con receta. No se requiere ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para reiniciar las entregas automáticas si antes detenía las entregas automáticas.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que recibe una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si esta debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevos medicamentos con receta que obtuvo directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si no desea usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le termine el medicamento con receta actual. Esto garantizará que reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto
Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, 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. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red de 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está fuera del stock en una farmacia minorista o por correo accesible de la red (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si ha debido evacuar o se lo ha trasladado de otro modo fuera de su casa por un desastre federal u otra declaración de salud pública de emergencia.
- Se administra una vacuna o un medicamento en el consultorio de su médico.

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

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

Cómo solicitar un reembolso al plan
Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que obtenga su medicamento con receta. Puede solicitarnos un reembolso. (En la Sección 2 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos"

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan cuenta con una *"Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)".* En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobado por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. En la Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre su cobertura para los medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento que cumpla con *el siguiente requisito*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien,* que esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Medicamentos de marca que son más complejos que medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría referirse a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, un medicamento genérico y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?
El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo e incluyen lo siguiente:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 8)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible
Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si el proveedor nos ha comunicado el motivo médico por el cual a usted no le hará efecto el medicamento genérico *O* ha escrito “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca *O* nos ha comunicado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces cubriremos el medicamento de marca.

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado
Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo anima a probar el uso de medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado".**

Límites de cantidad
Para determinados medicamentos, limitamos cuánto le corresponde a un medicamento que puede obtener cada vez que obtiene su medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O, tal vez, una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal
En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **debe tener ahora algún tipo de restricción.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará un suministro temporal (al menos un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento
Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción
Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 8 se indica qué deben hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos
Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar inmediatamente nuevas restricciones cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
  - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
  - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o se retira del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca. También podríamos

realizar cambios según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación para notificar el cambio o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a emitir recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año de plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son los siguientes:

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningunas restricciones adicionales con respecto a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

Si usted apela y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 8). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted mismo, a excepción de determinados medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestra cobertura para medicamentos mejorada.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)".
- Se permite la cobertura de "uso para una indicación no autorizada" solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del Hospital Americano) y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare ni Medicaid.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática por el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si usted no tiene su información de membresía?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este Capítulo.

Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?
Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le brinden notificaciones antes de que se obtenga el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a

asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, 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 recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta no es seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometamos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre

cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica en estado activo, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el final de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista recomendada para hacerlo, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medicamentos y la lista recomendada de lo que debe hacer. Lleve el resumen con usted 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 al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos

Sección 11.1	Le enviamos un resumen mensual llamado *“Explicación de beneficios de la Parte D”* (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta cuando obtiene o resurte sus recetas en la farmacia. En particular, llevamos un registro de lo siguiente:

- Llevamos un registro de sus ***“costos totales de los medicamentos”.*** Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior le enviaremos una *Explicación de beneficios* de la Parte D ("EOB de la Parte D"). La Explicación de cobertura (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el porcentaje desde que se obtiene el primer suministro para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos con receta.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que esta obtiene y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, debe darnos copias de estos recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

  Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 6.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6:
Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan
Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar
Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.
Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta
Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener una discusión de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan
Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones
Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico 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. En el Capítulo 8 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y 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 reclamación 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 nuestro sitio web (AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp) o llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario.

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

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

Debe presentarnos sus reclamaciones médicas dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

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:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

Debe presentarnos sus reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, el producto o el medicamento de la Parte D.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento.

Capítulo 7:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono para mensajes o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Muchos documentos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos para la mujer.

Si no están disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas de la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede recibir este servicio.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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 1-844-362-0934. Someone who speaks English 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934。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 1-844-362-0934。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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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ございます。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934. 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 ʻōlelo kā mākou i mea e pane ʻia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lāʻau lapaʻau paha. I mea e loaʻa ai ke kōkua māhele ʻōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea ʻōlelo Pelekānia/ʻŌlelo ke kōkua iā ʻoe. He pōmaikaʻi manuahi kēia.