



2022

Manual para miembros de

AETNA BETTER HEALTH[®] OF OHIO

un plan de MyCare Ohio (plan de Medicare y Medicaid)

Aetna Better Health of Ohio, un plan de MyCare Ohio (plan de Medicare y Medicaid), es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.

 **MyCareOhio**
Connecting Medicare + Medicaid

 **aetna[®]**

AetnaBetterHealth.com/Ohio

Manual para miembros de Aetna Better Health of Ohio

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

Su cobertura de salud y de medicamentos en virtud de Aetna Better Health of Ohio (plan de Medicare y Medicaid)

Introducción al *Manual para miembros*

En este manual, se proporciona información sobre su cobertura de Aetna Better Health of Ohio hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura para medicamentos con receta y los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (también denominados servicios y apoyos a largo plazo). Los servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

Este plan, Aetna Better Health of Ohio, es ofrecido por Aetna Better Health, Inc. (OH). Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Aetna Better Health, Inc. (OH). Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Better Health of Ohio.

ATENCIÓN: Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al **1-855-364-0974** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

FIIRI: Haddii aad ku hadasho Isbaanish ama Soomaali, adeegyada luuqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-364-0974** (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene problemas para leer o comprender esta manual u otra información de Aetna Better Health of Ohio, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos explicarle la información o proporcionársela en su lengua materna. Es posible que tengamos la información impresa en otros idiomas o de otras maneras. Si tiene problemas auditivos o de la vista, le podemos brindar ayuda especial.

Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir todos los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

A. Bienvenido a Aetna Better Health of Ohio	13
B. Información sobre Medicare y Medicaid	13
B1. Medicare	13
B2. Medicaid	13
C. Ventajas de este plan	14
D. Área de servicio de Aetna Better Health of Ohio	15
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan	15
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	16
G. Su plan de atención	16
H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health of Ohio	16
I. <i>El Manual para miembros</i>	17
J. Otra información que le enviaremos	17
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio	17
J2. Carta para miembros nuevos	18
J3. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	18
J4. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
J5. Suplemento del <i>Manual para miembros</i> o “Manual de exenciones”	20
J6. <i>La Explicación de beneficios</i>	20
K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro	21
K1. Privacidad de su información personal de salud (PHI)	21



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio	23
A1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros:	23
B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de atención	26
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.....	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas.....	28
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	29
E. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	30
E1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta.....	30
F. Cómo ponerse en contacto con Medicare	31
G. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio.....	32
H. Cómo ponerse en contacto con el Defensor del pueblo de MyCare Ohio	33
I. Otros recursos	34

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

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	39
C. Información sobre su equipo de atención y administrador de atención	41
C1. Qué es la administración de la atención	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de atención.....	41
C3. Cómo interactuará usted con su administrador de atención y equipo de atención	41
C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	43



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en el plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	45
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	46
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	46
G. Cómo obtener servicios de transporte	47
G1. Cómo obtener servicios de transporte	47
H. Cómo obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	48
H1. Atención ante una emergencia médica	48
H2. Atención de urgencia	50
H3. Atención durante un desastre	51
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan	52
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan	52
J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	53
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	53
J2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica	53
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	54
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
L. Equipos médicos duraderos (DME)	56
L1. DME como miembro de nuestro plan	56
L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	56
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	57
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	57



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

A. Sus servicios cubiertos.	60
A1. Durante las emergencias de salud pública.	60
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios	61
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan	61
D. La Tabla de beneficios	63
D1. Consultas preventivas	63
D2. Pruebas de detección y servicios preventivos	64
D3. Otros servicios.	68
E. Servicios cuando se encuentra lejos del hogar o fuera del área de servicio	99
F. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health of Ohio.	99
F1. Atención en un hospicio.	99
G. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health of Ohio, Medicare o Medicaid.	101

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

A. Cómo surtir sus recetas	105
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	105
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando surta una receta	105
A3. Qué hacer si cambia una receta a otra farmacia de la red.	105
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.	105
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	106
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	106
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	108
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	108
B. Lista de medicamentos del plan	109
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	109
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	109
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	110
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	111



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

C. Límites para algunos medicamentos	111
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	112
D1. Cómo obtener un suministro temporal	113
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	115
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	117
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	117
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	117
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	117
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	118
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	118
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	118
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	120

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

A. <i>La Explicación de beneficios (EOB)</i>	123
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	124
C. Usted no paga nada por un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de los medicamentos	125
C1. Los niveles del plan	125
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	125
C3. Lo que usted paga	126
D. Vacunas	127
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	127

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

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	129
B. Cómo evitar problemas de pagos	131



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

A. Avisos legales	135
A1. Avisos sobre leyes	135
A2. Aviso sobre no discriminación	135
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	135
B. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades . . .	136
C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	139
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	140
D1. Cómo protegemos su PHI	140
D2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos	140
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	141
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	142
G. Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar el cambio	142
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	143
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	143
H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	144
H3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?	148
I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	149
I1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	149
J. Sus responsabilidades como miembro del plan	150
J1. Programa de recuperación del patrimonio	151
K. Cómo hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro	152



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

A. Qué debe hacer si tiene un problema. 156

 A1. Acerca de los términos legales 156

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda 156

 B1. Dónde puede obtener más información y ayuda 156

C. Problemas con sus beneficios 159

 C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones y apelaciones de cobertura o para hacer un reclamo 159

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 159

 D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones. 159

 D2. Qué sección de este capítulo le ayudará 160

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 162

 E1. Cuándo utilizar esta sección. 162

 E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 164

 E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 166

 E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D) 171

 E5. Problemas con pagos 175

F. Medicamentos de la Parte D 177

 F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un medicamento de la Parte D 177

 F2. Qué es una excepción 178

 F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones 179

 F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 180

 F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D 183

 F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D 185



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	187
G1. Conozca sus derechos de Medicare	187
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	188
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	190
G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación	191
H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio de Medicare, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.....	193
H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	193
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	194
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	196
H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	197
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	199
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	199
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid	199
J. Cómo presentar un reclamo	200
J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?.....	200
J2. Reclamos internos	202
J3. Reclamos externos.....	203



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 10: Cómo modificar o cancelar su membresía en nuestro plan de MyCare Ohio

A. MyCare Ohio.....	213
B. Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan	214
C. Cómo inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente	214
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid.....	214
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	215
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	216
E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía	217
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía.....	217
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.....	218
H. Su derecho a presentar un reclamo si les solicitamos a Medicare y Medicaid que cancelen su membresía en nuestro plan	218
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan.....	218

Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

Introducción.....	219
-------------------	-----



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ La cobertura de Aetna Better Health of Ohio es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Además, cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ **ATTENTION:** If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.
- ❖ **FIIRI:** Haddii aad ku hadasho Isbaanish ama Soomaali, adeegyada luuqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Aetna Better Health of Ohio, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid. También le indica qué esperar como miembro y qué otra información obtendrá de Aetna Better Health of Ohio. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Bienvenido a Aetna Better Health of Ohio	13
B. Información sobre Medicare y Medicaid	13
B1. Medicare	13
B2. Medicaid	13
C. Ventajas de este plan	14
D. Área de servicio de Aetna Better Health of Ohio	15
E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan	15
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	16
G. Su plan de atención	16
H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health of Ohio	16
I. El <i>Manual para miembros</i>	17
J. Otra información que le enviaremos	17
J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio	17
J2. Carta para miembros nuevos	18
J3. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	18
J4. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
J5. Suplemento del <i>Manual para miembros</i> o “Manual de exenciones”	20
J6. <i>La Explicación de beneficios</i>	20
K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro	21
K1. Privacidad de su información personal de salud (PHI)	21



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Bienvenido a Aetna Better Health of Ohio

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

Aetna Better Health of Ohio fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa de demostración administrado de manera conjunta por el ODM y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. Con esta demostración, tanto el gobierno estatal como federal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

Usted tiene tanto Medicare como Medicaid. Aetna Better Health of Ohio se asegurará de que estos programas trabajen juntos para brindarle la atención que necesita.

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

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

Cada estado decide lo siguiente:

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Medicare y Medicaid de Ohio deben aprobar Aetna Better Health of Ohio cada año. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- Decidamos ofrecer el plan. **Y**
- Medicare y Medicaid de Ohio aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D. Área de servicio de Aetna Better Health of Ohio

Aetna Better Health of Ohio está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Ohio: condados de Butler, Clermont, Clinton, Delaware, Franklin, Fulton, Hamilton, Lucas, Madison, Ottawa, Pickaway, Union, Warren y Wood.

Si se muda, debe informar la mudanza a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado. Si se muda a otro estado, deberá presentar la solicitud para Medicaid en el estado nuevo. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Requisitos necesarios para ser miembro del plan

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

- viva en el área de servicio, **y**
- tenga cobertura de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare, **y**
- tenga cobertura completa de Medicaid, **y**
- sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos, **y**
- sea mayor de 18 años en el momento de la inscripción.

Incluso si cumple con los requisitos anteriores, no será elegible para inscribirse en Aetna Better Health of Ohio si:

- tiene otra cobertura de atención médica acreditable de un tercero, **o**
- tiene una discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo y recibe los servicios a través de un programa de exención o un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (ICFIID), **o**
- está inscrito en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Además, tienen la opción de cancelar su inscripción en Aetna Better Health of Ohio si es miembro de una tribu india reconocida a nivel federal.

Si considera que cumple con los requisitos anteriores y no debe estar inscrito, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de las necesidades de atención médica dentro de los primeros 15 a 75 días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, según su estado de salud. Un miembro de nuestro equipo de atención se comunicará con usted y realizará la evaluación de las necesidades de atención médica. Le hará preguntas para identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. Se le asignará un administrador de atención que forme parte de su equipo de atención. Su equipo de atención está conformado por usted, sus proveedores, su familia, su administrador de atención y cualquier otra persona que usted elija. El equipo de atención trabaja en conjunto para desarrollar un plan de atención de que le ayude con sus necesidades de atención y servicios.

Si usted es nuevo en Aetna Better Health of Ohio, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora durante, al menos, 90 días después de inscribirse. Además, si ya obtuvo aprobación para recibir servicios, nuestro plan respetará la aprobación hasta que reciba los servicios. Esto se conoce como “período de transición”. La Carta para miembros nuevos incluida con su *Manual para miembros* tiene más información sobre los períodos de transición. Si ya se encuentra en el Programa de exención de MyCare Ohio, su Suplemento del *Manual para miembros* o “Manual de exenciones” también incluye más información sobre los períodos de transición para los servicios de exención.

Después del período de transición, usted deberá consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health of Ohio para la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo obtener atención. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

Si actualmente consulta a un proveedor que no es proveedor de la red, o si ya tiene servicios aprobados o programados, es importante que llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato para que podamos coordinar los servicios y evitar problemas de facturación.

G. Su plan de atención

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

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

Su equipo de atención trabajará continuamente con usted para actualizar su plan de atención a fin de abordar los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan de Aetna Better Health of Ohio

Aetna Better Health of Ohio no tiene una prima mensual del plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

I. El Manual para miembros

Este *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si piensa que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, en la página 153. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-365-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-365-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el Manual para miembros en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** o descargarlo desde este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health of Ohio, desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

J. Otra información que le enviaremos

También recibirá una identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio, una Carta para miembros nuevos con información importante, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*. Los miembros inscritos en la exención para servicios en el hogar y la comunidad también recibirán un suplemento de su *Manual para miembros* que brinda información específica sobre los servicios de exención. Si no recibe estos productos, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia.

J1. Su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio

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

MyCareOhio
Connecting Medicare+Medicaid

Aetna Better Health® of Ohio, a MyCare Ohio Plan

Member Name

MMIS Member ID#

PCP

PCP Phone

CMS - H7172 001

aetna

MedicareR
Prescription Drug Coverage

RxBIN: 610591
RxPCN: MEDDADV
RxGRP: RX8812

MEOHDIN2

In an emergency, call 9-1-1 or go to the nearest emergency room (ER) or other appropriate setting. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.

Member Services:	1-855-364-0974 (TTY: 711)
Eligibility Verification:	1-855-364-0974
Behavioral Health Crisis:	1-855-364-0974 (TTY: 711)
Care Management:	1-855-364-0974 (TTY: 711)
24-hour Nurse Advice Line:	1-855-364-0974 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk:	1-855-364-0974
Website:	aetnabetterhealth.com/ohio

Send claims to: Aetna Better Health of Ohio
Claims Department
P.O. Box 64205, Phoenix, AZ 85082
(Electronic Claims: Payer ID 50023)

OHDI2



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Siempre y cuando siga siendo miembro de nuestro plan, es la única identificación que necesitará para obtener servicios. No seguirá recibiendo una tarjeta mensual de Medicaid. Tampoco deberá utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si presenta la tarjeta de Medicare en lugar de la identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio, es posible que el proveedor le facture a Medicare y no a nuestro plan, y que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Carta para miembros nuevos

Asegúrese de leer la Carta para miembros nuevos que le enviamos con su *Manual para miembros* ya que es una referencia rápida de cierta información importante. Por ejemplo, incluye información sobre temas como cuándo podría obtener servicios de proveedores que no están en nuestra red, servicios previamente aprobados, servicios de transporte y quién es elegible para inscribirse en MyCare Ohio.

J3. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health of Ohio. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores y las farmacias de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones, incluso cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 40) y para determinados servicios (consulte el Capítulo 3).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* impreso en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Definición de proveedores de la red

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

Para obtener una lista completa de los proveedores de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Los proveedores de la red no deben facturarle directamente los servicios cubiertos por el plan. Para obtener información sobre las facturas de los proveedores de la red, consulte el Capítulo 7, en la página 128.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto en caso de una emergencia, usted debe obtener sus medicamentos con receta en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan los pague. Si no se trata de un caso de emergencia, puede pedirnos con anticipación utilizar una farmacia que no sea de la red.

J4. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por Aetna Better Health of Ohio.

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

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan en

AetnaBetterHealth.com/Ohio o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-365-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J5. Suplemento del *Manual para miembros* o “Manual de exenciones”

Este suplemento brinda información adicional para miembros inscritos en una exención de servicios en el hogar y la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y las responsabilidades del miembro, el desarrollo del plan de servicio, la administración de la atención, la coordinación del servicio de exención y la denuncia de incidentes.

J6. Explicación de beneficios

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

La EOB le informa el monto total que nosotros u otros en su nombre hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de miembro

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

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

Utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos, y los montos de copago por medicamentos. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o la cobertura de compensación laboral.
- Si ingresa en un hogar de convalecencia o un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o cualquier otra persona responsable por usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.
- Si debe consultar a un proveedor por una lesión o enfermedad que podría haber sido causada por otra persona o negocio. Por ejemplo, si sale lastimado en un accidente de automóvil, por una mordedura de perro o si se resbala y cae en una tienda, es posible que otra persona o negocio deban pagar sus gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos que nos brinde el nombre de la persona o del negocio responsables, además de las compañías de seguros y abogados involucrados.

Si cualquier información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

La información en su registro de miembro puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes nos obligan a mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida.

Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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

Índice

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio	23
A1. Cuándo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros:	23
B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de atención	26
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería las 24 horas.....	27
C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	27
D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas.....	28
D1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual	29
E. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	30
E1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta.....	30
F. Cómo ponerse en contacto con Medicare	31
G. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio.....	32
H. Cómo ponerse en contacto con el Defensor del pueblo de MyCare Ohio	33
I. Otros recursos	34



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio

LLAME AL	1-855-364-0974. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Ohio Attn: Member Services Department 7400 West Campus Road, Mail Code: F494 New Albany, OH 43054 Si desea enviarnos una apelación o un reclamo, puede utilizar el formulario del Capítulo 9. También puede escribirnos una carta en la que nos indique su pregunta, problema, reclamo o apelación.
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Ohio

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

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación de proveedores
- Tarjetas de identificación de miembro (ID)
 - Infórmenos si no recibió su identificación de miembro o si la perdió.
- Cómo encontrar proveedores de la red
 - Incluye preguntas sobre cómo encontrar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo
 - En algunos casos, puede obtener ayuda con las necesidades diarias de atención médica y de vida básicas. Si Medicaid de Ohio y Aetna Better Health of Ohio determinan que es necesario, es posible que usted reciba servicios de vivienda asistida, de personas para tareas domésticas, de atención personal, de comidas, de equipos de adaptación, de respuesta ante emergencias y otros servicios.
- Cómo comprender la información en su *Manual para miembros*



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Recomendaciones de cosas que considera que deberíamos cambiar
- Otra información sobre Aetna Better Health of Ohio
 - Puede solicitar más información sobre nuestro plan, incluida la información respecto a la estructura y el funcionamiento de Aetna Better Health of Ohio y cualquier plan de incentivo de médicos que operemos.
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica y medicamentos
 - Una decisión de cobertura es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y los servicios y medicamentos cubiertos. **O bien,**
 - El monto que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos.
 - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica y medicamentos
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Reclamos sobre su atención médica y medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. También puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección E a continuación).
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica o medicamentos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health of Ohio directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health of Ohio directamente a Medicaid de Ohio. Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. Consulte la página 32 para conocer otras maneras de comunicarse con Medicaid de Ohio.
- Puede enviar un reclamo sobre Aetna Better Health of Ohio al Defensor del pueblo de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
- Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, consulte el Capítulo 9.
- Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le ayudemos con un servicio por el que pagó o para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/Ohio)**.

B. Cómo ponerse en contacto con su administrador de atención

Como miembro de Aetna Better Health of Ohio, se le asignará un administrador de atención. Esta persona trabaja con usted y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Se le asignará un administrador de atención según el lugar donde viva, para que siempre esté cerca para eventos como visitas al hogar o si lo hospitalizan. Su administrador de atención le dará su número de teléfono y dirección de correo electrónico para que pueda contactarlo directamente. También puede comunicarse con su administrador de atención llamando a nuestra línea de administración de la atención al **1-855-364-0974**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

LLAME AL	<p>1-855-364-0974. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea del administrador de atención se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>
ESCRIBA A	<p>Aetna Better Health of Ohio Attn: Administración de la atención 7400 West Campus Road, Mail Code: F494 New Albany, OH 43054</p>
SITIO WEB	<p>AetnaBetterHealth.com/Ohio</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Aetna Better Health of Ohio tiene una Línea de enfermería disponible para ayudar a responder sus preguntas médicas, brindarle consejos sobre sus opciones de tratamiento u otros cursos de acción y confirmar la inscripción. La Línea de enfermería no toma el lugar de su proveedor de atención primaria pero se encuentra disponible como otro recurso para usted. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. Puede comunicarse con la Línea de enfermería llamando al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**.

LLAME AL	<p>1-855-364-0974. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de enfermería se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

C1. Cuándo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

- Preguntas sobre su atención médica



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual las 24 horas

Aetna Better Health of Ohio ofrece una Línea de crisis de salud conductual. Está compuesta por profesionales de salud que reúnen los requisitos y tienen experiencia en salud conductual e intervención en caso de crisis. Pueden ayudarle cuando necesita atención inmediata por una crisis de salud mental o de adicción al alcohol o las drogas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Llame a la Línea de crisis de salud conductual si sucede lo siguiente:

- Necesita atención de salud conductual inmediata y no sabe a quién llamar.
- Sufrió una crisis emocional y necesita hablar con alguien para superarlo.
- Tiene alguna de las siguientes señales de advertencia:
 - Desesperanza, sensación de que no hay salida.
 - Ansiedad, agitación, falta de sueño o cambios de humor.
 - Rabia o enojo.
 - Aumento en el abuso del alcohol o las drogas.
 - Alejamiento de la familia y los amigos.
- Sufre algunos de estos signos que requieren de atención inmediata:
 - Piensa en hacerse daño o suicidarse o hacerle daño o matar a otras personas.
 - Busca formas de suicidarse o matar a otros.
 - Habla sobre la muerte, morir o suicidarse.
 - Tiene un comportamiento peligroso, como consumo de sustancias ilegales, conducción peligrosa, peleas, etc.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Incluso si no hay peligro inmediato o una crisis, puede llamar a la Línea de crisis para pedir asistencia si está lidiando con una gran variedad de situaciones que incluyen las siguientes:

- Problemas con las relaciones
- Problemas familiares
- Soledad
- Falta de hogar
- Dolor crónico o enfermedad física
- Abuso de sustancias

LLAME AL	<p>1-855-364-0974. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de crisis de salud conductual se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

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

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Preguntas sobre servicios para trastornos por abuso de sustancias



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

E1. Cuándo ponerse en contacto con Livanta

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

F. Cómo ponerse en contacto con Medicare

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Cómo ponerse en contacto con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ayuda con los costos de servicios y apoyos médicos y a largo plazo a personas con ingresos y recursos limitados. Medicaid de Ohio paga las primas de Medicare a determinadas personas, y paga los deducibles, coseguros y copagos de Medicare, excepto los medicamentos con receta. Medicaid cubre los servicios de atención a largo plazo como los servicios de “exención” basados en el hogar y la comunidad, y los servicios de vivienda asistida y atención en un hogar de convalecencia a largo plazo. También cubre servicios dentales y de la vista.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Aetna Better Health of Ohio brinda sus servicios cubiertos de Medicaid a través de un acuerdo de proveedor con Medicaid de Ohio. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa de Medicaid de Ohio.

LLAME AL	1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. La Línea directa de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	1-800-292-3572. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial. El número de TTY de Medicaid de Ohio está disponible de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
ESCRIBA A	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
SITIO WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado local si tiene preguntas o desea informar cambios en su dirección, ingreso u otro seguro. La información de contacto se encuentra disponible en línea en: jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H. Cómo ponerse en contacto con el Defensor del pueblo de MyCare Ohio

El Defensor del pueblo de MyCare Ohio trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y ayudarlo a comprender qué debe hacer. El Defensor del pueblo de MyCare Ohio también ayuda con inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención. Existe ayuda disponible para resolver disputas con proveedores, proteger derechos y presentar reclamos o apelaciones ante nuestro plan.

El Defensor del pueblo de MyCare Ohio trabaja junto con la Oficina del Defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado, que defiende a los consumidores que obtienen servicios y apoyos a largo plazo. El Defensor del pueblo de MyCare Ohio no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita. El Defensor del pueblo de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N. High Street, 1st Floor Columbus, Ohio 43215-2406
SITIO WEB	www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman Puede presentar un reclamo en línea en: aging.ohio.gov/Contact .



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

I. Otros recursos

Cómo ponerse en contacto con el centro Ability Center of Greater Toledo

El centro Ability Center of Greater Toledo ayuda a las personas con discapacidades a vivir, trabajar y socializar dentro de una comunidad completamente accesible.

LLAME AL	419-885-5733
ESCRIBA A	The Ability Center 5605 Monroe Street Sylvania, OH 43560
SITIO WEB	www.abilitycenter.org

Cómo ponerse en contacto con el Centro de empoderamiento de la discapacidad

El Centro de empoderamiento de la discapacidad (Center for Disability Empowerment) puede ayudar a las personas que viven en los condados de Franklin o Delaware a encontrar recursos para vivir, aprender, orar, trabajar y jugar junto con personas sin discapacidades.

LLAME AL	614-575-8055
ESCRIBA A	The Center for Disability Empowerment 510 E. North Broadway, 4th Floor Columbus, Ohio 43214
CORREO ELECTRÓNICO	Info@disabilityempowerment.net
SITIO WEB	www.disabilityempowerment.net



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Cómo ponerse en contacto con las Opciones del Centro para la Vida Independiente (CILO)

El Centro para la Vida Independiente (CILO) trabaja para crear opciones y alternativas para las personas con discapacidades.

LLAME AL	513-241-2600
ESCRIBA A	The Center for Independent Living 2031 Auburn Avenue Cincinnati, Ohio 45219
SITIO WEB	www.cilo.net

Cómo comunicarse con el concilio Council on Aging of Southwestern Ohio

Nuestro estado tiene varias agencias sobre envejecimiento que trabajan para ayudar a las personas mayores a vivir con seguridad y de manera independiente en sus propios hogares durante todo el tiempo que sea posible. El concilio Council on Aging of Southwestern Ohio brinda servicios a los residentes de los condados de Butler, Clermont, Clinton, Hamilton y Warren.

LLAME AL	(800) 252-0155
TTY	513-651-0691 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	175 Tri County Parkway Cincinnati, OH 45246
SITIO WEB	www.help4seniors.org



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Cómo ponerse en contacto con la Agencia de Área sobre el Envejecimiento del centro de Ohio

Nuestro estado tiene varias agencias sobre envejecimiento que trabajan para ayudar a las personas mayores a vivir con seguridad y de manera independiente en sus propios hogares durante todo el tiempo que sea posible. La Agencia de Área sobre el Envejecimiento del centro de Ohio brinda servicios a los residentes de los condados de Delaware, Licking, Fairfield, Fayette, Franklin, Madison, Pickaway y Union.

LLAME AL	(800) 589-7277
ESCRIBA A	3776 South High Street Columbus, OH 43207
SITIO WEB	www.coaaa.org

Cómo comunicarse con el Consultorio de Área sobre el Envejecimiento del Noroeste de Ohio

Nuestro estado tiene varias agencias sobre envejecimiento que trabajan para ayudar a las personas mayores a vivir con seguridad y de manera independiente en sus propios hogares durante todo el tiempo que sea posible. El Consultorio de Área sobre el Envejecimiento del Noroeste de Ohio brinda servicios a los residentes de los condados de Defiance, Erie, Fulton, Henry, Lucas, Ottawa, Paulding, Sandusky, Williams y Wood.

LLAME AL	(800) 472-7277
ESCRIBA A	2155 Arlington Avenue Toledo, OH 43609
SITIO WEB	www.areaofficeonaging.com

Nuestro estado tiene varias agencias sobre envejecimiento que trabajan para ayudar a las personas mayores a vivir con seguridad y de manera independiente en sus propios hogares durante todo el tiempo que sea posible. El Consultorio de Área sobre el Envejecimiento del Noroeste de Ohio brinda servicios a los residentes de los condados de Defiance, Erie, Fulton, Henry, Lucas, Ottawa, Paulding, Sandusky, Williams y Wood.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Introducción

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

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores”, los “proveedores de la red” y las “farmacias de la red”	39
B. Normas para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	39
C. Información sobre su equipo de atención y administrador de atención	41
C1. Qué es la administración de la atención	41
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su administrador de atención	41
C3. Cómo interactuará usted con su administrador de atención y equipo de atención	41
C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	42
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en el plan	44
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	45
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	46
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	46
G. Cómo obtener servicios de transporte	47
G1. Cómo obtener servicios de transporte	47



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H. Cómo obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	48
H1. Atención ante una emergencia médica	48
H2. Atención de urgencia	50
H3. Atención durante un desastre.	51
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan.	52
I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por el plan	52
J. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	53
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	53
J2. Pago por los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica	53
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	54
K. Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
K1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica.	54
L. Equipos médicos duraderos (DME).	56
L1. DME como miembro de nuestro plan.	56
L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	56
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	57
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	57



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si tiene una responsabilidad del paciente para los servicios de un centro de atención de enfermería o de exención. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan a nosotros directamente los medicamentos con receta que usted obtiene. Cuando usa una farmacia de la red, no paga nada por los medicamentos con receta. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

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

Aetna Better Health of Ohio cubre los servicios de atención médica cubiertos por Medicare y Medicaid. Entre ellos se incluyen los servicios de salud conductual, y los servicios y apoyos a largo plazo.

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

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios cubiertos, incluida la Tabla de beneficios del plan.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que usted necesita servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- La atención que recibe debe tener autorización previa de Aetna Better Health of Ohio cuando sea necesario. Para algunos servicios, su proveedor debe presentar información ante Aetna Better Health of Ohio y solicitar aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se denomina autorización previa. Para obtener más información, consulte la tabla en el Capítulo 4.
- Debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de atención primaria (PCP)** y administre su atención médica. Si bien no necesita aprobación (denominada remisión) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de consultar a un especialista o después de haber realizado una visita al departamento de urgencias o emergencias. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 42.
- **Debe recibir atención por parte de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan (un proveedor fuera de la red). A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o atención de urgencia, consulte la Sección H en la página 48.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre, y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con nosotros para obtener la aprobación antes de atenderlo. En este caso, cubriremos la atención sin costo alguno para usted. A fin de conocer cómo obtener la aprobación para recibir la atención de un proveedor fuera de la red, consulte la sección D en la página 42.
 - El plan cubre los servicios que recibió en centros de salud con calificación federal, clínicas de salud rurales y proveedores de planificación familiar que reúnen los requisitos fuera de la red que figuren en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Si recibe servicios de exención de vivienda asistida o servicios a largo plazo en un centro de atención de enfermería de un proveedor fuera de la red en la fecha en que se haga miembro, o antes, puede continuar recibiendo los servicios de dicho proveedor fuera de la red.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Si es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda seguir consultando a sus proveedores fuera de la red actuales durante un tiempo después de inscribirse. Esto se conoce como “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 de este manual y su Carta para miembros nuevos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

C. Información sobre su equipo de atención y administrador de atención

Su equipo de atención está formado por usted, su familia, cuidadores, administrador de atención, PCP, especialistas y cualquier otro proveedor de salud o servicios con quienes trabaje activamente, y cualquier otra persona que usted desee incluir.

Su equipo de atención le hará preguntas para saber más sobre usted y sus afecciones de salud cuando se inscriba en el plan y durante el año. Estas preguntas le ayudarán a su equipo de atención a brindar información para que usted entienda cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios disponibles. Esto puede incluir recursos locales que pueden ser beneficiosos para ayudar a administrar su afección de salud.

Su administrador de atención le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios. Trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

C1. Qué es la administración de la atención

La administración de la atención es un proceso que les ayuda a usted y a su médico a obtener servicios que le ayudarán a alcanzar su mejor estado de salud. Su administrador de atención es el único contacto con Aetna Better Health of Ohio para recibir ayuda a fin de obtener atención y servicios médicos.

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

Llame al número que aparece en el reverso de su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio o llame al número del teléfono celular de su administrador de atención asignado si conoce el número. Si su administrador de atención no está disponible, siga las instrucciones para dejarle un mensaje. Si no conoce el nombre de su administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El representante del Departamento de Servicios para Miembros puede informarle el nombre de su administrador de atención y transferir la llamada.

C3. Cómo interactuará usted con su administrador de atención y equipo de atención

Todos los que conforman el equipo de atención trabajan en conjunto para garantizar la coordinación de su atención. Su equipo de atención podría hacerle preguntas para obtener más información sobre su afección. Después recibirá un plan de atención personalizado que se crea para abordar sus necesidades de atención médica de la forma en que usted desee. Su equipo de atención también recibirá una copia de su plan de atención para asegurarse de que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Su plan de atención le ayudará a comprender cómo cuidarse usted mismo y cómo acceder a una variedad de servicios, incluidos los recursos locales.

Su administrador de atención lo llamará y visitará en su hogar para analizar su plan de atención y ver cómo marcha todo. Mientras sea miembro del plan, su administrador continuará haciendo un seguimiento mediante llamadas o visitas personales.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

C4. Cómo puede cambiar su administrador de atención

Llame al número que aparece en el reverso de su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio y pídale al representante del Departamento de Servicios para Miembros que lo ayude. Puede solicitar que le asignen un nuevo administrador de atención en cualquier momento si no está satisfecho con los servicios de su administrador de atención actual.

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

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

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

Definición de “PCP” y lo que hace un PCP

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

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

Su PCP es un médico individual o grupo de médicos que trabaja con usted y su administrador de atención para dirigir y coordinar su atención médica. Su PCP maneja sus controles de atención preventiva y lo trata para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP se comunicará con Aetna Better Health of Ohio por cualquier autorización previa.

De ser necesario, su PCP lo enviará a otros médicos (especialistas) o lo internará en el hospital. Si bien no necesita aprobación (denominada remisión) de su PCP para consultar a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de consultar a un especialista o después de haber realizado una visita al departamento de urgencias o emergencias. Esto le permite a su PCP administrar su atención para obtener los mejores resultados.

Su PCP podría ser un:

- Médico familiar
- Médico de cabecera
- Geriatra
- Profesional en enfermería certificado
- Internista
- Obstetra/ginecólogo
- Pediatra
- Auxiliar médico



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Cuándo puede ser una clínica su proveedor de atención primaria

Una clínica, como un Centro de salud rural (RHC) o un Centro de salud con calificación federal (FQHC), puede actuar como su proveedor de atención primaria si vive en una zona rural o en un área con carencias.

Su elección del PCP

- Busque un PCP en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio/find-provider**.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* impreso, si solicitó uno.

Opción de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Puede cambiar de PCP a otro PCP de la red en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su proveedor deja la red, podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo.

Si, por algún motivo, desea cambiar su PCP, primero debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para solicitar el cambio. El cambio entrará en vigencia de inmediato después de recibir la solicitud. Le emitiremos una nueva identificación de miembro que recibirá por correo en un plazo de 14 días. Si necesita consultar a su PCP antes de recibir su nueva identificación de miembro, el consultorio de su PCP puede llamarnos para verificar su elegibilidad. Si piensa en cambiar su PCP, hable con su administrador de atención. Su administrador de atención podrá ayudarlo con cualquier problema que tenga.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

Puede acudir a cualquiera de los especialistas de nuestra red. No necesita una remisión para consultar a un especialista de la red. Su PCP o administrador de atención pueden recomendarle un tipo de especialista. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Le ayudaremos a encontrar un especialista cerca de usted. Los PCP y especialistas deben comunicarse con Aetna Better Health of Ohio a fin de obtener aprobación para determinados servicios y medicamentos. Esto se denomina autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Nuestro Departamento de Administración de Utilización toma todas las decisiones de autorización previa. Debe recibir la aprobación para algunos servicios o medicamentos, o cuando use un proveedor fuera de la red. Tomamos las decisiones solo en función de la relevancia de la atención y la cobertura de los servicios y beneficios. No recompensamos al personal por emitir denegaciones de cobertura. Además, no hay incentivos financieros para quienes toman las decisiones clínicas.

El proveedor que le prestará el servicio solicitará autorización previa a Aetna Better Health of Ohio antes de hacerlo. Aetna Better Health of Ohio les notificará a usted y su proveedor cuando se apruebe la autorización previa. Si el caso se desaprueba, se lo notificaremos a ambos en un plazo de 10 días calendario. Revisaremos las solicitudes urgentes de autorización previa y les notificaremos a usted y su proveedor la decisión en un plazo de 48 horas.

Si Aetna Better Health of Ohio necesita más información para procesar una solicitud, podríamos solicitar una extensión de 14 días. Si no recibimos la información solicitada, es posible que deneguemos la solicitud. Si esto sucede, recibirá un aviso de denegación en el que se explicarán sus derechos de apelación. Si su proveedor realiza una solicitud de autorización previa urgente y no cumple con los criterios de una solicitud urgente, le enviaremos una carta para informarle que dicha solicitud será procesada como una solicitud de rutina. Si no está de acuerdo, puede presentar un reclamo.

Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 y la Lista de medicamentos para obtener información sobre qué servicios y medicamentos requieren autorización previa.

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

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor que reúne los requisitos para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana para recibir asistencia.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Por lo general, debe consultar a proveedores que estén en nuestra red. Hay momentos en los que podrá consultar a un proveedor fuera de la red. Puede consultar a un proveedor fuera de la red si ocurre lo siguiente:

- Necesita servicios de emergencia.
- Necesita atención de urgencia.
- Recibe servicios en un centro de salud con calificación federal (FQHC) o clínica de salud rural (RHC).
- Recibe servicios de un proveedor de planificación familiar que reúne los requisitos.
- Aetna Better Health of Ohio aprobó que usted consulte a un proveedor fuera de la red durante o después de su período de transición de la atención. El proveedor fuera de la red debe ponerse en contacto con nosotros para obtener aprobación para atenderlo antes de su cita.
- Un servicio no se encuentra disponible dentro de la red. Puede consultar a un proveedor fuera de la red sin costo alguno para usted siempre y cuando no podamos brindarle el servicio. El proveedor debe obtener autorización previa antes de su cita.
- Los servicios fuera de los EE. UU. no están cubiertos. Excepto en los casos de los proveedores fuera de la red anteriores, no se cubre la atención que no sea de emergencia y se proporcione fuera del área de servicio. Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios de atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o llame a su PCP. El número de teléfono de su PCP se encuentra en su identificación de miembro.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Como miembro de Aetna Better Health of Ohio, usted puede obtener servicios del centro de atención de enfermería y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), tales como servicios de atención médica a domicilio, servicios diurnos para adultos y equipo médico especializado. Los servicios y apoyos a largo plazo brindan asistencia para ayudarle a quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar de convalecencia o un hospital.

Los servicios de exención de MyCare Ohio, proporcionados a través de Aetna Better Health of Ohio, están diseñados para cubrir las necesidades de los miembros mayores de 18 años que cumplan todos los siguientes requisitos:

- Sean totalmente elegibles tanto para Medicare como Medicaid.
- Estén inscritos en un plan de MyCare Ohio.
- Cumplan con un nivel de atención intermedio o especializado, según determinación del estado de Ohio, o su representante.

Estos servicios ayudan a los miembros a vivir de manera independiente. Un miembro o un familiar pueden solicitar servicios y apoyos a largo plazo. Aetna Better Health of Ohio asignará un administrador de atención. Usted y su equipo de profesionales se asegurarán de que reciba los servicios que necesita. Si tiene alguna pregunta sobre los LTSS o para saber si reúne los requisitos, llame a su administrador de atención.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Si tiene una crisis de salud conductual, llame a la Línea de crisis de salud conductual al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, hable con su administrador de atención o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede acudir directamente a centros de salud mental comunitarios, otros proveedores de salud conductual y centros de tratamiento que sean parte de la red de Aetna Better Health of Ohio y estén autorizados por el Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones de Ohio (MHAS de Ohio). Consulte el Directorio de proveedores o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para conocer los nombres y los números de teléfono de los centros cerca de usted. Asegúrese de mostrar su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio cuando reciba atención.

Puede encontrar otros proveedores de Aetna Better Health of Ohio en el Directorio de proveedores en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Cómo obtener servicios de transporte

G1. Cómo obtener servicios de transporte

Transporte para citas médicas de rutina

Si necesita traslado a sus citas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El personal del Departamento de Servicios para Miembros está capacitado para ayudarlo con sus necesidades de transporte. También puede llamar directamente a LogistiCare al 1-866-799-4395 (TTY: 711), de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. (hora estándar del este). Debe llamar al menos 3 días antes de su cita. Si necesita ayuda, hable con su administrador de atención o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros y LogistiCare verificarán que la solicitud de transporte sea para un servicio de atención médica cubierto.

Si debe recorrer 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención médica cubiertos

Aetna Better Health of Ohio le brindará servicios de transporte hasta el consultorio del proveedor y desde este. Los servicios transporte en ambulette (transporte para sillas de ruedas), ambulancia que no sea de emergencia, ambulancia de emergencia y los servicios de exención no se limitan al requisito de las 30 millas.

Lugares aprobados por el plan

Aetna Better Health of Ohio ofrece 30 viajes de ida y vuelta, y 60 viajes de ida o vuelta a lugares aprobados por el plan.

Transporte del Comité de Asesoramiento de Miembros (MAC)

Aetna Better Health of Ohio también brinda servicios de transporte para los miembros que conforman el Comité de Asesoramiento de Miembros (MAC) del plan. El transporte hacia las reuniones de asesoramiento de miembros se brinda cuando el miembro lo solicita con, al menos, 3 días de anticipación. Los miembros trabajarán con el personal del plan para coordinar este transporte o llamarán a LogistiCare directamente.

Tipo de transporte que se brinda

Logisticare puede utilizar taxis, autobuses, camionetas o transporte médico. Los miembros deben especificar sus necesidades para que se brinde el tipo de transporte correspondiente.

Transporte de exención

Si usted es miembro de servicios de exención, póngase en contacto con el administrador de atención para obtener los beneficios de transporte.

Además de la asistencia con el transporte que ofrece Aetna Better Health of Ohio, igualmente puede recibir ayuda con el transporte para determinados servicios a través del programa de Transporte que no sea de emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios del NET, llame a su Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado local.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

H1. Atención ante una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

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

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

Qué hacer en el caso de una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano, o a otro lugar apropiado. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP o de Aetna Better Health of Ohio.
- Asegúrese de decirle al proveedor que usted es miembro de Aetna Better Health of Ohio. Muéstrele al proveedor su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Además, si queda internado, asegúrese de que del hospital llamen a Aetna Better Health of Ohio en el plazo de 48 horas. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. El número de teléfono figura en su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que otros proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto sea posible. Si el proveedor que le trata por una emergencia se hace cargo de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que originó la emergencia, el proveedor debe llamar a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Qué hacer en el caso de una emergencia de salud conductual

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

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

Estos son algunos ejemplos de problemas que probablemente sean emergencias:

- Pensar en hacerse daño o suicidarse, o buscar formas de hacerles daño o matar a otras personas.
- Experimentar reacciones o efectos secundarios graves a los medicamentos.
- Tener deterioro o síntomas graves de abstinencia de alcohol u otras drogas.
- Sentirse desorientado, perturbado o tener ira o comportamientos agresivos hacia otros sin motivo.

En la sala de emergencias del hospital, el proveedor lo evaluará y determinará si debe ingresar al hospital para recibir tratamiento o si se encuentra lo suficientemente estable como para recibir el alta de la sala de emergencias.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Después de visitar la sala de emergencias, haga lo siguiente:

- Llame a su proveedor de salud conductual tan pronto como sea posible.
- Si actualmente no tiene un proveedor de salud conductual, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicite ayuda para encontrar un proveedor.

Es importante que reciba la atención de seguimiento que necesita para mantener su afección estable. Si desea información sobre atención de emergencia de salud conductual, por ejemplo, adónde ir para recibir atención, llame a su proveedor o a la Línea de crisis de salud conductual de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

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

H2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Si piensa que necesita atención de urgencia, llame a su PCP. Su PCP debe darle una cita antes del final del próximo día hábil si usted necesita atención de urgencia. No utilice la sala de emergencias para la atención de urgencia.

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

Es posible que su PCP le indique que acuda a un centro de atención de urgencia. Puede encontrar un centro de atención de urgencia en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**, haciendo clic en “Find a Provider or Pharmacy” (Encontrar un proveedor o farmacia), o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de enfermería si tiene preguntas médicas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. El número de teléfono es **1-855-364-0974 (TTY: 711)**.

Atención después del horario de atención

Si se enferma cuando el consultorio de su PCP está cerrado, excepto en casos de emergencia, debe llamar al consultorio de todas maneras. Un servicio de mensajes telefónicos se asegurará de que su PCP reciba su mensaje. Su PCP le devolverá la llamada para indicarle qué hacer. Asegúrese de que su teléfono acepte llamadas de identidad desconocida. De lo contrario, su PCP no podrá comunicarse con usted. Incluso puede llamar a su PCP durante la noche. Es posible que deba dejar un mensaje en un servicio de mensajes telefónicos. Puede tomar tiempo, pero su PCP le devolverá la llamada.

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

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

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

H3. Atención durante un desastre

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Los proveedores deben facturarnos directamente a nosotros por la prestación de los servicios cubiertos. Usted no debe recibir la factura de un proveedor en concepto de servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía una factura en concepto de un servicio cubierto en lugar de enviársela al plan, usted puede solicitarnos que la paguemos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros lo antes posible para darnos la información de la factura.

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

Si un proveedor o una farmacia desea que usted pague los servicios cubiertos, si ya pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios cubiertos, **consulte el Capítulo 7 para saber qué debe hacer.**

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

Aetna Better Health of Ohio cubre todos los servicios:

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

Si usted recibe servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, **es posible que deba pagar el costo total.**

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

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

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si no tiene aprobación previa de Aetna Better Health of Ohio para superar el límite, es posible que deba pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites, qué tan cerca está de alcanzarlos y qué debe hacer su proveedor para solicitar superar el límite si considera que es médicamente necesario.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

C. Información sobre su equipo de atención y administrador de atención

Su equipo de atención está formado por usted, su familia, cuidadores, administrador de atención, PCP, especialistas y cualquier otro proveedor de salud o servicios con quienes trabaje activamente, y cualquier otra persona que usted desee incluir.

Su equipo de atención le hará preguntas para saber más sobre usted y sus afecciones de salud cuando se inscriba en el plan y durante el año. Estas preguntas le ayudarán a su equipo de atención a brindar información para que usted entienda cómo cuidarse y cómo acceder a los servicios disponibles. Esto puede incluir recursos locales que pueden ser beneficiosos para ayudar a administrar su afección de salud.

Su administrador de atención le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios. Trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

C1. Qué es la administración de la atención

La administración de la atención es un proceso que les ayuda a usted y a su médico a obtener servicios que le ayudarán a alcanzar su mejor estado de salud. Su administrador de atención es el único contacto con Aetna Better Health of Ohio para recibir ayuda a fin de obtener atención y servicios médicos.

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

Llame al número que aparece en el reverso de su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio o llame al número del teléfono celular de su administrador de atención asignado si conoce el número. Si su administrador de atención no está disponible, siga las instrucciones para dejarle un mensaje. Si no conoce el nombre de su administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El representante del Departamento de Servicios para Miembros puede informarle el nombre de su administrador de atención y transferir la llamada.

C3. Cómo interactuará usted con su administrador de atención y equipo de atención

Todos los que conforman el equipo de atención trabajan en conjunto para garantizar la coordinación de su atención. Su equipo de atención podría hacerle preguntas para obtener más información sobre su afección. Después recibirá un plan de atención personalizado que se crea para abordar sus necesidades de atención médica de la forma en que usted desee. Su equipo de atención también recibirá una copia de su plan de atención para asegurarse de que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Su plan de atención le ayudará a comprender cómo cuidarse usted mismo y cómo acceder a una variedad de servicios, incluidos los recursos locales.

Su administrador de atención lo llamará y visitará en su hogar para analizar su plan de atención y ver cómo marcha todo. Mientras sea miembro del plan, su administrador continuará haciendo un seguimiento mediante llamadas o visitas personales.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

L. Equipos médicos duraderos (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

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

En determinadas situaciones, transferiremos la posesión del DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

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

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

Nota: Puede encontrar las definiciones de Original Medicare y los planes Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede encontrar más información sobre estos en el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- No se había convertido en el propietario del producto de DME mientras estaba en nuestro plan. **Y**
- Deja nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan de Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/Ohio)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si médicamente necesita equipos de oxígeno **luego de alquilarlos durante 36 meses:**

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Índice

A. Sus servicios cubiertos.	60
A1. Durante las emergencias de salud pública.	60
B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios.	61
C. La Tabla de beneficios de nuestro plan.	61
D. La Tabla de beneficios.	63
D1. Consultas preventivas.	63
D2. Pruebas de detección y servicios preventivos.	64
D3. Otros servicios.	68
E. Servicios cuando se encuentra lejos del hogar o fuera del área de servicio.	99
F. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health of Ohio.	99
F1. Atención en un hospicio.	99
G. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health of Ohio, Medicare o Medicaid.	101



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios cubre Aetna Better Health of Ohio, cómo acceder a los servicios y si se aplica algún límite a los servicios. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5 y la información sobre lo que paga por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos que se explican en este capítulo, siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles sobre las normas del plan. No obstante, es posible que deba pagar una “responsabilidad del paciente” por los servicios del centro de atención de enfermería o de exención que se cubren a través de sus beneficios de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado determinará si sus ingresos y determinados gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos o cómo acceder a los servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o a su administrador de atención al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**.

A1. Durante las emergencias de salud pública

Aetna Better Health of Ohio cubrirá todas las pruebas, el tratamiento y las vacunas de COVID-19 sin la necesidad de abonar ningún copago.

Pruebas de COVID-19

Puede encontrar los centros pruebas de COVID-19 en línea en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers.

Vacunas contra la COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio (ODH) tiene una herramienta de búsqueda que puede utilizar para encontrar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y código postal. Muestra los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra la COVID-19. Puede obtener información y los centros de vacunación en vaccine.coronavirus.ohio.gov/ o llamando al teléfono gratuito del ODH, 833-427-5634.

Aetna Better Health of Ohio puede ayudarle a encontrar un centro de pruebas o vacunación en su comunidad. También pueden ayudarle con la programación y el transporte para su cita. Utilice la información que figura al final de la página para ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio o con la línea directa de asesoramiento de enfermería al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

El ODH ofrece actualizaciones periódicas sobre las fases de elegibilidad para la vacunación en coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

B. Normas contra los proveedores que le cobran por servicios

Excepto según se indica anteriormente, no permitimos que los proveedores de Aetna Better Health of Ohio le cobren por los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio cubierto.

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

C. La Tabla de beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de beneficios de la Sección D es una lista general de los servicios cubiertos por el plan. En primer lugar, enumera los servicios preventivos y, luego, las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica cuáles son los servicios cubiertos, cómo acceder a ellos y si existen limitaciones o restricciones sobre los servicios. Si no encuentra el servicio que está buscando, tiene preguntas o necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a los servicios, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de atención.

Cubriremos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medicaid de Ohio.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.
 - Si Aetna Better Health of Ohio toma la decisión de que un servicio no es médicamente necesario o no estará cubierto, usted o alguien autorizado a actuar en su nombre podrán presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa. Además, algunos de los servicios indicados en la Tabla de beneficios se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red redacta una orden o una receta para que usted obtenga el servicio. Si no está seguro sobre si un servicio requiere autorización previa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/ohio**.

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente. La única excepción es si tiene una responsabilidad del paciente para los servicios del centro de atención de enfermería o servicios de exención, según lo determine el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D. La Tabla de beneficios

D1. Consultas preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Control anual</p> <p>Es una consulta para desarrollar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Los controles anuales se cubren una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No necesita haber tenido primero una consulta "Bienvenido a Medicare".</p>	
<p>Consulta “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Si estuvo en la Parte B de Medicare durante 12 meses o menos, puede tener una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Cuando programe su cita, indíquelo al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Esta consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud; • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas); y • remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. 	
<p>Control de bienestar infantil (también conocido como Healthchek)</p> <p>Healthchek es el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) de Ohio para todos los miembros de Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre exámenes médicos, de la visión, dentales, auditivos, nutricionales, del desarrollo y de salud mental. También incluye vacunas, educación de salud y análisis de laboratorio.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D2. Pruebas de detección y servicios preventivos

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan cubre las pruebas de detección por ultrasonido de aneurisma aórtico abdominal, si usted se encuentra en riesgo.</p>	
<p>Prueba de detección y asesoramiento de abuso de alcohol</p> <p>El plan cubre las pruebas de detección de abuso de alcohol para adultos. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener sesiones de asesoramiento personales con un proveedor de atención primaria o profesional que reúna los requisitos.</p>	Se requiere autorización previa.
<p>Prueba de detección de cáncer de mama</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Las mujeres menores de 35 años que tengan un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama también podrían ser elegibles para realizarse mamografías. • Exámenes clínicos de mamas anuales. 	Se requiere autorización previa para las mujeres menores de 35 años.
<p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan cubre las consultas con su proveedor de atención primaria para ayudar a disminuir su riesgo de enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, su proveedor puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablar sobre el uso de la aspirina, • controlar la presión arterial. O bien • brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	
<p>Análisis de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan cubre análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>El plan cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.</p>	
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, o que tengan un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) • Análisis de sangre oculta en la materia fecal • Colonoscopia de detección • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol o prueba inmunoquímica fecal • Prueba de detección de cáncer colorrectal basado en ADN <p>Para las personas que no están en riesgo de padecer cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección).</p>	
<p>Asesoramiento e intervenciones para dejar de fumar o de consumir tabaco</p> <p>El plan cubre el asesoramiento y la intervención para dejar de consumir tabaco.</p>	
<p>Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan cubre la prueba de detección de depresión.</p>	
<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan cubre la prueba de detección de diabetes (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas).</p> <p>Le recomendamos que hable con su proveedor sobre esta prueba si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, antecedentes familiares de diabetes o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa).</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan cubre las pruebas de detección de VIH para las personas que solicitan la prueba o tienen un mayor riesgo de contraer una infección de VIH.</p>	
<p>Inmunizaciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas para niños menores de 21 años. • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Medicaid. • Otras vacunas que cumplan las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, lea el Capítulo 6. 	<p>Algunas vacunas (que no sea la vacuna antigripal anual) podrían requerir autorización previa.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 55 y 77 años; y • realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 30 años sin presentar signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a mejorar sus conductas saludables. Brinda capacitación práctica sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios alimenticios a largo plazo. Y • aumento de la actividad física. Y • formas de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable. 	Se requiere autorización previa.
<p>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo El plan cubre el asesoramiento para ayudarle a perder peso.</p>	
<p>Prueba de detección de cáncer de próstata El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	
<p>Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento El plan cubre pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual, incluidas, entre otras, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. El plan también cubre sesiones de asesoramiento conductual personales muy intensivas para los adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D3. Otros servicios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Acupuntura</p> <p>El plan cubre la acupuntura para el manejo del dolor de cabeza, el dolor lumbar, el dolor de cuello, la artrosis de cadera o rodilla, las náuseas o los vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia, y el dolor postoperatorio agudo.</p> <p>El plan también pagará hasta 12 consultas en un plazo de 90 días si tiene dolor crónico en la región lumbar, el cual se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no específico (que no tenga una causa sistemática que se pueda identificar, tal como que no se relacione con enfermedades metastáticas, inflamatorias o infecciosas); • que no se relacione con cirugías; y • no está relacionado con el embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor crónico en la región lumbar si usted demuestra una mejora. Es posible que no obtenga más de 20 tratamientos de acupuntura por año para el dolor crónico en la región lumbar.</p> <p>Se deben abandonar los tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la región lumbar si no mejora o si empeora.</p>	<p>Se requiere autorización para más de 30 consultas de acupuntura por año de beneficios.</p>
<p>Servicios de ambulancia y de camioneta para silla de ruedas</p> <p>Los servicios de transporte en ambulancia de emergencia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su salud o, si está embarazada, la vida o salud del feto.</p> <p>En los casos que no sean de emergencia, los servicios de transporte en ambulancia o camioneta para silla de ruedas se cubren cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios que no sean de emergencia.</p> <p>El transporte en camioneta para silla de ruedas requiere que le notifique a Aetna Better Health of Ohio sobre su necesidad de programar el soporte de camioneta, a fin de que podamos asegurarnos de que se programe el vehículo correcto según sus necesidades individuales de transporte.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Beneficios de teléfonos celulares</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health of Ohio que estén interesados en Lifeline, el programa federal gratuito de teléfonos celulares, reciben el sitio web de nuestro proveedor de Lifeline contratado o una solicitud para completar a fin de determinar si reúnen los requisitos.</p> <p>El proveedor le notifica a Aetna Better Health of Ohio sobre aquellos miembros que están aprobados y participan del programa. Los miembros que reúnan los requisitos son elegibles para recibir un teléfono inteligente con minutos para hablar y datos.</p> <p>Los miembros de Aetna Better Health of Ohio reciben llamadas gratuitas ilimitadas del número del Departamento de Servicios para Miembros. Estas llamadas no aplican a la asignación mensual de minutos. El plan enviará mensajes de texto gratuitos relacionados con la salud y otros mensajes gratuitos según corresponda.</p>	<p>Para los miembros que reúnan los requisitos para el programa federal de uso gratuito de teléfonos celulares y participen en el programa de Aetna Better Health of Ohio.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de diagnóstico • Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación 	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal integral (uno por relación de proveedor-paciente) • Examen bucal periódico una vez cada 180 días para miembros menores de 21 años, y una vez cada 365 días para miembros mayores de 21 años • Servicios preventivos, incluidos profilaxis, flúor para miembros menores de 21 años, selladores y separadores • Radiografías de rutina/diagnóstico por imágenes • Servicios dentales integrales, incluidos servicios de diagnóstico que no sean de rutina, de restauración, endodoncias, periodoncias, prostodoncia, ortodoncia y quirúrgicos <p>Aetna Better Health of Ohio ofrece un examen bucal, profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor y radiografías cada seis meses</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para la diabetes</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para controlar la diabetes, en algunos casos • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Glucómetros y tiras reactivas ◦ Dispositivos de punción y lancetas ◦ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario; o bien, ◦ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles proporcionadas con dichos zapatos). <p>El plan también cubre la adaptación de los zapatos terapéuticos a medida o de los zapatos profundos.</p> 	<p>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios para la diabetes que no sean de rutina, tales como los realizados por un podiatra (especialista en pies). Consulte la sección Podiatría más adelante en este manual.</p> <p>Los zapatos terapéuticos a medida, los zapatos profundos y las plantillas ortopédicas cubiertas requieren una receta de su proveedor.</p> <p>El plan cubre exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes fabricados por OneTouch / LifeScan, como sistemas, tiras reactivas y suministros OneTouch Verio®, OneTouch Ultra® y OneTouch UltraMini®.</p> <p>Se requiere autorización previa para los glucómetros que superen uno por año y para las tiras reactivas que superen las 100 cada 30 días.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>Los DME cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para la diabetes • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos generadores del habla • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andadores <p>Otros productos (como suministros para la incontinencia, productos de nutrición enteral, suministros para ostomía y urológicos, vendajes quirúrgicos y suministros relacionados) pueden estar cubiertos. Para conocer qué otros tipos de suministros están cubiertos por el plan, consulte las secciones sobre los servicios para la diabetes, servicios auditivos y dispositivos protésicos.</p> <p>El plan también podría cubrir la capacitación para utilizar, modificar o reparar su producto. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos productos y servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su plan de atención individualizado.</p> <p>Cubriremos todos los DME que, generalmente, cubren Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarles un envío especial para usted.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de emergencia (véase también “atención de urgencia”)</p> <p>Atención de emergencia comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o si está embarazada, para la salud del feto; o bien, • un grave deterioro de las funciones corporales; o bien, • una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; o bien, • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o la de su feto. <p>En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana, o a otro entorno apropiado.</p> <p>Si no está seguro sobre si debe acudir a la sala de emergencias, llame a su PCP o a la Línea de enfermería las 24 horas gratuita. Su PCP o la línea de enfermería pueden asesorarlo sobre qué debe hacer.</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se establezca, puede que deba volver a un hospital de la red para que continuemos pagando su atención. Puede quedarse en un hospital fuera de la red para recibir su atención para pacientes internados si el plan aprueba su estadía.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Tratamiento para SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Al menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • Prueba de detección, diagnóstico y asesoramiento para anomalías genéticas o trastornos metabólicos hereditarios. • Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). <p>Nota: Puede recibir servicios de planificación familiar de un proveedor de planificación familiar que reúna los requisitos dentro de la red o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood) que figure en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>. También puede recibir servicios de planificación familiar de una enfermera partera certificada, un obstetra, ginecólogo o proveedor de atención primaria certificados de la red.</p>	<p>Algunas pruebas de diagnóstico requieren autorización. Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Centros de salud con calificación federal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud con calificación federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas en el consultorio para servicios de atención primaria y de especialistas • Servicios de fisioterapia • Servicios de patología del habla y audiología • Servicios dentales • Servicios de podiatría • Servicios de optometría u ópticos • Servicios de quiropráctica • Servicios de transporte • Servicios de salud mental <p>Nota: Puede recibir servicios de un centro de salud con calificación federal dentro de la red o fuera de la red.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Acondicionamiento físico</p> <p>Aetna Better Health of Ohio ofrece la membresía de SilverSneakers® a los miembros sin costo adicional. SilverSneakers es el programa comunitario de acondicionamiento físico líder del país, diseñado específicamente para los adultos mayores. SilverSneakers fomenta un mayor compromiso con la salud y la responsabilidad al proporcionar a sus miembros ejercicio regular (entrenamiento de fuerza, aeróbicos, flexibilidad) y oportunidades sociales.</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a miles de gimnasios participantes • Uso de las instalaciones básicas (pesas, cintas de correr, piscinas, etc.) • Clases de acondicionamiento físico • Actividades y clases grupales fuera del entorno tradicional del gimnasio (clases FLEX en la comunidad) • Un kit para el hogar o un kit Steps disponibles cada año calendario <p>Los recursos en línea incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portal para miembros • Clases en vivo • Clases a pedido • Aplicación de SilverSneakers con recordatorios para moverse y más 	
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Aetna Better Health of Ohio ofrece una amplia variedad de herramientas y programas educativos sobre salud y nutrición disponibles para los miembros sin ningún costo adicional, que incluye materiales educativos para los miembros, extensión del equipo de atención integrado, uso de herramientas educativas y sistemas de apoyo.</p> <p>Estos servicios serán coordinados por su administrador de atención y equipo de atención integrado.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros auditivos</p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (cubiertos como atención para pacientes externos cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor que reúna los requisitos). • Audífonos, baterías y accesorios (incluidos la reparación o el reemplazo). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los audífonos convencionales se cubren una vez cada 4 años. ◦ Los audífonos digitales/programables se cubren una vez cada 5 años. 	<p>Se requiere autorización previa para los audífonos.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud diurnos para adultos • Servicio de comidas alternativas • Servicios de vivienda asistida • Opciones de encargado de atención a domicilio • Servicios de tareas domésticas • Transición en la comunidad • Servicios de vida mejorada en la comunidad • Encargado de atención a domicilio • Entrega de comidas a domicilio • Equipos médicos para el hogar y servicios para dispositivos de adaptación y asistencia complementarios • Modificación, mantenimiento y reparación del hogar • Servicios de personas para tareas domésticas • Asistencia para la vida independiente • Consultas nutricionales • Servicios de cuidados paliativos fuera del hogar • Servicios de un auxiliar de atención personal • Servicios personales de respuesta ante emergencias • Control de plagas • Asesoramiento de trabajo social • Servicios de enfermería de exención • Transporte de exención 	<p>Estos servicios están disponibles solo si Medicaid de Ohio determinó que usted necesita atención a largo plazo.</p> <p>Es posible que deba pagar una responsabilidad del paciente por los servicios de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado determinará si sus ingresos y determinados gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de salud a domicilio</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de atención médica o servicios de enfermería a domicilio • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Atención de enfermería privada (también podría ser brindada por un proveedor independiente) • Tratamientos de infusión en el hogar para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa o enteral • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</p> <p>El plan pagará terapias de infusión intravenosa, definidas como medicamentos o sustancias biológicas administradas por vena o aplicadas por debajo de la piel y proporcionadas a usted en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, tal como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, tales como una bomba; y • suministros, tales como un trozo de tubo o un catéter. <p>El plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación y educación para miembros no incluidas en los beneficios de DME. • Control remoto. Y • Servicios de control para proporcionar terapias de infusión intravenosa en el hogar y medicamentos de infusión intravenosa en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapias de infusión intravenosa en el hogar. 	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Entrega de comidas a domicilio</p> <p>El plan ofrece 10 entregas de comidas a domicilio a los miembros después de la hospitalización como paciente internado.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted esté recibiendo los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención a domicilio. • Cuidado en un centro de atención de enfermería <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health of Ohio pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aetna Better Health of Ohio cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubran la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no. A menos que deba pagar una responsabilidad del paciente por los servicios del centro de atención de enfermería, usted no paga nada por estos servicios. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>Si desea recibir servicios de hospicio en un centro de atención de enfermería, es posible que deba utilizar un centro de atención de enfermería de la red. Además, es posible que deba pagar una responsabilidad el paciente por los servicios del centro de atención de enfermería, después de que se utilice el beneficio de centro de atención de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado determinará si sus ingresos y determinados gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención en hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health of Ohio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Excepto en los casos de atención de emergencia o urgencia, si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame directamente a su administrador de atención o a la línea de administración de la atención al 1-855-364-0974 (TTY: 711).</p>	
<p>Servicios de salud conductual para pacientes internados. El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente privado o público, o un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Para los miembros de 22 a 64 años que están en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, existe un límite de 190 días de por vida. • Atención de desintoxicación para pacientes internados. 	Se requiere autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de rueda, para utilizar en el hospital. • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre, se incluye el almacenamiento y la administración. • Servicios de médicos o proveedores. • En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si Aetna Better Health of Ohio brinda servicios de trasplante en un lugar alejado fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o cubriremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>Nota: El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También corresponde después de un trasplante de riñón cuando sea solicitado por su médico.</p> <p>El plan cubre tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Después, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año.</p>	<p>Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Aetna Better Health of Ohio cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios de un médico, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Ohio/formulary</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de nuestro plan.</p>	
<p>Servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias en centros de tratamiento de adicciones</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación ambulatoria • Evaluación • Administración de casos • Asesoramiento • Intervención en casos de crisis • Servicios intensivos para pacientes externos • Análisis de detección/análisis de orina para detectar alcohol/droga • Médicos/somáticos • Administración de metadona • Medicamentos administrados en el consultorio para adicciones, incluidos vivitrol e inducción de buprenorfina <p>Consulte “Servicios de salud conductual para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes externos” para obtener información adicional.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/ohio)**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias en centros de salud mental comunitarios</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de salud mental/entrevista psiquiátrica de diagnóstico • Tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT) • Tratamiento intensivo en el hogar (IHBT) • Prueba de detección, intervención breve y remisión para tratamiento (SBIRT) • Pruebas psicológicas • Servicios conductuales terapéuticos (TBS) • Rehabilitación Psicosocial • Servicios de tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario (CPST) • Asesoramiento y terapia • Intervención en casos de crisis • Administración farmacológica • Determinados medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio • Hospitalización parcial únicamente para trastornos por abuso de sustancias <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento activo de trastorno por abuso de sustancias. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico o terapeuta. Consulte “Servicios de salud conductual para pacientes internados” y “Atención de salud mental para pacientes externos” para obtener información adicional.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de enfermería y en centros de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluso sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre. • Sangre, se incluye el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería. • Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería. • Equipos médicos duraderos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de centros de atención de enfermería de Medicaid de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía el día que se convirtió en miembro de Aetna Better Health of Ohio <p>Puede recibir atención de centros de atención de enfermería de Medicare de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería). • Un centro de atención de enfermería donde vive su cónyuge en el momento en que usted se retira del hospital. 	<p>Es posible que deba pagar una responsabilidad del paciente por los costos de habitación y comida para los servicios del centro de atención de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado determinará si sus ingresos y determinados gastos requieren que usted tenga una responsabilidad del paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que la responsabilidad del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de atención de enfermería.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por abuso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y, si corresponde, la administración y provisión de estos medicamentos • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes externos El plan cubre los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico autorizado por el estado; • Un psicólogo clínico; • Un trabajador social clínico; • Un especialista en enfermería clínica; • Un profesional en enfermería; • Un auxiliar médico; o bien, • Cualquier otro profesional de salud mental que reúna los requisitos, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>El plan cubre los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos y servicios psiquiátricos para pacientes externos en hospitales generales • Servicios conductuales terapéuticos (TBS) • Servicios de rehabilitación psicosocial 	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios para pacientes externos</p> <p>El plan cubre los servicios que recibe en un entorno de pacientes externos para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si debe ser ingresado en el hospital como “paciente internado”. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado como “paciente externo”. ◦ Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o un paciente externo en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • El plan cubre la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios. • Quimioterapia. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico (por ejemplo, análisis de orina). • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin esta atención. • Diagnóstico por imágenes (por ejemplo, radiografías, CT, MRI). • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Sangre, se incluye el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Servicios y pruebas de detección preventivas que se enumeran en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. 	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa, excepto en caso de emergencia.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Productos de venta libre</p> <p>Aetna Better Health of Ohio ofrece un beneficio mensual de \$50 en concepto de subsidio para productos de venta libre (OTC). Los productos deben adquirirse a través del catálogo aprobado de productos de OTC o en ubicaciones participantes que identifican productos elegibles.</p>	<p>No es posible acumular los saldos de un mes para otro.</p>
<p>Servicios del médico o proveedor, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica brindados en lugares como el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado o el departamento para pacientes externos de un hospital. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas. ◦ Arreglo de fracturas de la mandíbula o huesos faciales. ◦ Extracción de dientes antes de radioterapias por cáncer neoplásico. O bien ◦ Servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico. 	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies, músculos y tendones de la pierna que controlan el pie, y lesiones superficiales de la mano que no sean las asociadas con traumatismos. • Cuidado de rutina de los pies para miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes. <p>Aetna Better Health of Ohio ofrece hasta 3 consultas preventivas para el cuidado de rutina de los pies por año.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Los siguientes son ejemplos de dispositivos protésicos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías • Marcapasos • Dispositivos ortopédicos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) • Dispositivos dentales <p>El plan también cubre algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura luego de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener detalles.</p>	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Servicios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación para pacientes externos <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. ◦ Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros. • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca tales como ejercicio, educación y asesoramiento para determinadas afecciones. ◦ El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. • Servicios de rehabilitación pulmonar <ul style="list-style-type: none"> ◦ El plan cubre los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. 	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<p>Clínicas de salud rurales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios en clínicas de salud rurales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas en el consultorio para servicios de atención primaria y de especialistas • Psicólogo clínico • Trabajador social clínico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales • Servicios de visita de un enfermero en determinadas situaciones <p>Nota: Puede recibir servicios de una clínica de salud rural dentro de la red o fuera de la red.</p>	<p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>
<p>Asesoramiento para dejar de fumar</p> <p>Aetna Better Health of Ohio cubre hasta 42 sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Programa de servicios de recuperación especializados (SRS) Si usted es adulto, se le diagnosticó una enfermedad mental grave y persistente, y vive en la comunidad, es posible que sea elegible para obtener SRS específicos para sus necesidades de recuperación. El plan cubre los siguientes tres servicios si está inscrito en el programa de SRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de recuperación: los administradores de recuperación trabajarán con usted para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ desarrollar un plan de atención centrado en la persona que refleje sus objetivos personales y resultados deseados; ◦ controlar regularmente su plan a través de reuniones frecuentes; y ◦ brindar información y remisiones. • Colocación individualizada y empleo asistido con soporte (IPS-SE); los servicios de empleo asistido pueden hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ ayudarle a encontrar un trabajo si le interesa trabajar; ◦ evaluar sus intereses, habilidades y experiencias en relación con sus objetivos de empleo; y ◦ brindar soporte continuo para ayudarle a mantenerse empleado. • Apoyo para la recuperación de pares: <ul style="list-style-type: none"> ◦ los defensores de la recuperación de pares utilizan sus propias experiencias con los trastornos de salud mental y abuso de sustancias para ayudar a alcanzar sus objetivos de recuperación; y ◦ los objetivos se incluyen en un plan de atención que usted diseña en función de sus preferencias y la disponibilidad de la comunidad y los apoyos. <p>La relación con los pares puede ayudarle a enfocarse en las estrategias y el progreso hacia la autodeterminación, la autorrepresentación, el bienestar y la independencia.</p>	<p>Si le interesan los SRS, se lo conectará con un administrador de recuperación que comenzará la evaluación de elegibilidad analizando elementos como su diagnóstico y su necesidad de recibir ayuda con actividades como citas médicas, interacciones sociales y habilidades para la vida.</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Transporte para servicios que no sean de emergencia (consulte también “Servicios de ambulancia y de camioneta para silla de ruedas”)</p> <p>Si debe recorrer 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención médica cubiertos, Aetna Better Health of Ohio le brindará servicios de transporte hasta el consultorio del proveedor y desde este.</p> <p>Nota: Además de la asistencia con el transporte que ofrece Aetna Better Health of Ohio, igualmente puede recibir ayuda con el transporte para determinados servicios a través del programa de Transporte que no sea de emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios del NET, llame a su Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado local.</p> <p>Los miembros que participen en el Comité de Asesoramiento de Miembros de Aetna Better Health of Ohio tendrán transporte para asistir a las reuniones del comité. Para obtener más información sobre el Comité de Asesoramiento de Miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o llame a su administrador de atención.</p> <p>Además, Aetna Better Health of Ohio les brinda a los miembros 30 viajes de ida y vuelta o 60 viajes de ida o vuelta a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.</p> <p>Las solicitudes de transporte deben realizarse con 3 días hábiles de anticipación. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y seleccione la opción para transporte.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención brindada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; o bien, • una enfermedad médica repentina; o bien, • una lesión; o bien, • una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a un proveedor de la red.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
<p>Atención de la vista</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren un examen integral de la vista, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto, de ser médicamente necesario): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cada 12 meses para los miembros menores de 21 años y mayores de 59 años; o bien, ◦ Cada 24 meses para los miembros de entre 21 y 59 años. • Capacitación de la vista • Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre los que se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Exámenes oculares anuales para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. ◦ Una prueba de detección de glaucoma por año para los miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, miembros con antecedentes familiares de glaucoma, miembros con diabetes, afroamericanos de 50 años y más e hispanoamericanos de 65 años o más. ◦ Un solo par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía). 	<p>Puede requerirse autorización previa.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E. Servicios cuando se encuentra lejos del hogar o fuera del área de servicio

Si se encuentra lejos del hogar o fuera del área de servicio (consulte el Capítulo 1) y necesita atención médica, Aetna Better Health of Ohio cubrirá solo los servicios de emergencia y de urgencia.

Si se encuentra fuera del área de servicio y tiene una emergencia médica, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de tener su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio. Si recibe servicios en la sala de emergencias y es ingresado en el hospital mientras se encuentra lejos del hogar, pídale al personal del hospital que llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para recibir atención de urgencia, acuda al proveedor de atención de urgencia más cercano. Muéstrelle al proveedor su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio.

No se cubre la atención de rutina fuera del área de servicio o fuera del país. Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios de atención médica, llame directamente a su administrador de atención o a su PCP. El número de teléfono de su PCP se encuentra en su identificación de miembro. También puede llamar a la Línea de administración de la atención disponible las 24 horas al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** o a la Línea de enfermería las 24 horas al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

F. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health of Ohio

Los siguientes servicios no están cubiertos por Aetna Better Health of Ohio pero están disponibles a través de Medicare. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar sobre los servicios no cubiertos por Aetna Better Health of Ohio pero disponibles a través de Medicare.

F1. Atención en un hospicio

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

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

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

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

Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio, debe comunicarse con su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Beneficios no cubiertos por Aetna Better Health of Ohio, Medicare o Medicaid

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un dispositivo ortopédico para piernas y estén incluidos en el costo del dispositivo, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Servicios para tratar la infertilidad para hombres o mujeres.
- Esterilización voluntaria en personas menores de 21 años o legalmente incapaces de dar su consentimiento para que se realice el procedimiento.
- Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Prueba de paternidad.
- Abortos, excepto en el caso de una violación denunciada, incesto o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- Servicios para determinar la causa de una muerte (autopsia).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/ohio)**.

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

Introducción

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

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

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

Normas de la cobertura del plan para medicamentos para pacientes externos

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	105
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	105
A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando surta una receta	105
A3. Qué hacer si cambia una receta a otra farmacia de la red.	105
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.	105
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	106
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	106
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	108
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	108
B. Lista de medicamentos del plan	109
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.	109
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.	109
B3. Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos	110
B4. Niveles en la Lista de medicamentos	111
C. Límites para algunos medicamentos	111
D. Motivos por los que su medicamento puede no estar cubierto	112
D1. Cómo obtener un suministro temporal	113
E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos	115
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	117
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía	117
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	117
F3. Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare	117
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	118
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	118
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.	118
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opioides de manera segura	120



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Cómo surtir sus recetas

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

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

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

A2. Cómo utilizar su identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir una receta, **muestre su identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos con receta cubiertos.

Usted **siempre** debe mostrarle al personal de la farmacia su identificación de miembro cuando obtenga medicamentos con receta para evitar problemas. Si usted no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros o su administrador de atención.

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

Si cambia de farmacia y necesita obtener nuevamente un medicamento con receta, puede pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si queda algún resurtido.

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

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red, o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios para medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que proveen medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales sobre su uso.

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

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

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

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

Cómo obtengo mis medicamentos con receta por correo

Para obtener información acerca de cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. También puede hablar con su administrador de atención o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Procesos de pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que usted presenta a la farmacia

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

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

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

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, póngase en contacto con Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (solo para personas con problemas auditivos, TTY 1-800-231-4403) y hágalos saber cómo le gustaría recibir sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo, o bien regístrese en línea con CVS Caremark en Caremark.com. Puede cambiar sus preferencias para el servicio de pedido por correo en cualquier momento.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

3. Resurtidos de recetas para pedido por correo

En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia con 10 a 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-844-843-6264 (solo para personas con problemas auditivos, TTY 1-800-231-4403) para informarles cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Si no sabemos la mejor manera de comunicarnos con usted, es posible que se pierda la oportunidad de decirnos si desea obtener nuevamente un medicamento con receta y usted podría quedarse sin su suministro.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta.

Si necesita acudir a una farmacia fuera de la red por alguno de los motivos mencionados anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 29 días como máximo.

Consulte el Capítulo 7 si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar el medicamento con receta.

B. Lista de medicamentos del plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, como ELIQUIS, y medicamentos genéricos, como *amoxicilina*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

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

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

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

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

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

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

B4. Niveles en la Lista de medicamentos

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

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

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

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

C. Límites para algunos medicamentos

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

3. Probar un medicamento diferente primero

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

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

4. Límites de cantidad

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

O BIEN,

- Puede solicitar una excepción.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health of Ohio en línea en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**; **o bien,**
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos vigente al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio.**

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Introducción

Este capítulo explica sobre los medicamentos con receta para pacientes externos. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; y
- medicamentos y productos cubiertos por Medicaid

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

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

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

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

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. En esta lista se indican:
 - Qué medicamentos paga el plan.
 - En cuál de los tres (3) niveles se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- El Capítulo 5 de este *Manual para miembros*.
 - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través del plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. En el Capítulo 5, puede encontrar más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. <i>La Explicación de beneficios (EOB)</i>	123
B. <i>Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos</i>	124
C. <i>Usted no paga nada por un suministro para un mes o un suministro a largo plazo de los medicamentos</i>	125
C1. <i>Los niveles del plan.</i>	125
C2. <i>Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento</i>	125
C3. <i>Lo que usted paga</i>	126
D. <i>Vacunas</i>	127
D1. <i>Lo que necesita saber antes de vacunarse</i>	127



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. La Explicación de beneficios (EOB)

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

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

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

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

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

1. Use su identificación de miembro.

Muestre su identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta obtiene, cuánto paga y cuánto paga Medicare por usted.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos por los que pagó. Debe entregarnos copias de los recibos cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si no pudo utilizar una farmacia de la red y tuvo que pagar su medicamento con receta, consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

3. Revise las EOB que le enviamos.

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Con Aetna Better Health of Ohio, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de 3 niveles. Usted no debe pagar copagos por los medicamentos con receta y de venta libre que aparecen en la Lista de medicamentos de Aetna Better Health of Ohio. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

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

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

C3. Lo que usted paga

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D. Vacunas

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

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

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

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

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna.

Como miembro de Aetna Better Health of Ohio, usted no paga nada por las vacunas cubiertas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	129
B. Cómo evitar problemas de pagos	131



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por concepto de atención médica o medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 129.

- Si no pagó la factura, le pagaremos al proveedor directamente si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted siguió todas las normas del *Manual para miembros*.
- Si pagó la factura, los servicios o medicamentos están cubiertos y usted siguió todas las normas del *Manual para miembros*, es su derecho pedir que se le reembolse el dinero.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

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

Estos son algunos ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba solicitarle a nuestro plan ayuda con un pago que realizó o una factura que recibió:

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

Siempre debe informarle al proveedor que es miembro de Aetna Better Health of Ohio y pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, puede pedir que le reembolsemos el monto total. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó por el servicio, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle el pago.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta en caso de emergencia

- Cubriremos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones de emergencia.
- El medicamento con receta se necesita por una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede conseguir un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias de la red abierta las 24 horas a una distancia en vehículo razonable.
- La receta es para un medicamento agotado en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (incluidos los medicamentos costosos o únicos).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Es una vacuna o un medicamento administrado en el consultorio del médico.

Siempre puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, si se le solicita que pague servicios, recibe una factura o tiene preguntas. Puede utilizar el formulario de la página 205 o solicitarle al Departamento de Servicios para Miembros que le envíe un formulario si desea enviarnos la información sobre la factura. También puede enviar la información a través de nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

B. Cómo evitar problemas de pagos

1. Pregúntele siempre al proveedor si el servicio está cubierto por Aetna Better Health of Ohio.

Excepto en un caso de emergencia o de urgencia, no acepte pagar un servicio a menos que le haya solicitado a Aetna Better Health of Ohio una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9), haya recibido una decisión final de que el servicio no será cubierto y haya decidido que igualmente desea recibir el servicio, pese a que el plan no lo cubre.

2. Obtenga la aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red.

- Las excepciones a esta norma son las siguientes:
 - Si necesita servicios de emergencia o de urgencia fuera de la red. O bien
 - Si recibe servicios en centros de salud con calificación federal, clínicas de salud rurales y proveedores de planificación familiar calificados que figuran en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, pídale al proveedor que le facture a Aetna Better Health of Ohio.
 - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por Aetna Better Health of Ohio, usted no debe pagar nada.
 - Si el proveedor fuera de la red no le factura a Aetna Better Health of Ohio y usted paga el servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros lo antes posible para informarnos esto.
- Recuerde que, en la mayoría de los casos, debe obtener la aprobación del plan antes de poder consultar a un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite atención de emergencia o de urgencia, se encuentre en un período de transición de la atención o el proveedor no requiera aprobación previa como se indica más arriba, es posible que no paguemos por los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre su período de transición de la atención, si necesita aprobación para consultar a un determinado proveedor o necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

3. Siga las normas del *Manual para miembros cuando reciba servicios*.

Consulte el Capítulo 3 para conocer las normas sobre cómo obtener atención médica, servicios de salud conductual y otros servicios. Consulte el Capítulo 5 para conocer las normas sobre cómo obtener los medicamentos con receta para pacientes externos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

4. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar proveedores de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una copia o ingresar en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** para obtener la información más actualizada.

5. Siempre lleve su identificación de miembro y muéstresela al proveedor o al personal de la farmacia cuando reciba atención.

Si olvidó su identificación de miembro, pídale al proveedor que llame al Departamento de Servicios para Miembros para verificar su elegibilidad. Si su identificación se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará los avisos legales que corresponden a su membresía en Aetna Better Health of Ohio, y los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Avisos legales	135
A1. Avisos sobre leyes	135
A2. Aviso sobre no discriminación	135
A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	135
B. Su derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	136
C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	139
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	140
D1. Cómo protegemos su PHI	140
D2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos	140
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	141
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	142
G. Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar el cambio	142
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	143
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	143
H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	144
H3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?	148



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	149
I1. Qué hacer si siente que está siendo tratado injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.	149
J. Sus responsabilidades como miembro del plan	150
J1. Programa de recuperación del patrimonio	151
K. Cómo hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro	152



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Avisos legales

A1. Avisos sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid, y las leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

A2. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid deben cumplir las leyes que lo protegen de discriminación o trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato imparcial:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio al 1-866-227-6353 (TTY 1-866-221-6700).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

A3. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Cada año que permanezca en nuestro plan, deberemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas.
- Puede obtener información sobre los proveedores del plan de salud de Aetna Better Health of Ohio llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** para obtener información actualizada, o puede solicitar una copia impresa de la mayoría de los productos enumerados a continuación al Departamento de Servicios para Miembros. El Departamento de Servicios para Miembros puede brindarle información sobre los cambios en nuestra red, que incluye la siguiente información de los proveedores:
 - Nombre, dirección y números de teléfono
 - Certificaciones profesionales
 - Medicamentos especializados
 - Facultad de medicina a la que asistieron
 - Finalización de la residencia
 - El estado de la certificación del consejo
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Los materiales están disponibles en español y somalí.
- Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir todos los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, y desea presentar un reclamo, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ponerse en contacto con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m. y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Your right to get information in a way that meets your needs

Each year you are in our plan, we must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- You may get information about the providers in Aetna Better Health of Ohio's Health Plan by calling Member Services at **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. You can also see the *Provider and Pharmacy Directory* at **AetnaBetterHealth.com/Ohio** for up-to-date information, or you can request a printed copy from Member Services for most of the items listed below. Member Services can give you the information about changes in our network, which include the providers':
 - Name, address, telephone numbers
 - Professional qualifications
 - Specialty
 - Medical school attended
 - Residency completion
 - Board certification status
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. The materials are available in Spanish and Somali.
 - If you wish to make a standing request to receive all materials in a language other than English or in an alternate format, you can call **Aetna Better Health of Ohio** Member Services at **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
 - To change your standing request for materials, please call Aetna Better Health of Ohio Member Services at **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY should call 1-877-486-2048. You can also contact the Ohio Medicaid Hotline at 1-800-324-8680, Monday through Friday from 7:00 am to 8:00 pm and Saturday from 8:00 am to 5:00 pm. TTY users should call 7-1-1.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Xaqaaga inaad hesho macluumaadka qaab ku habboon baahidaada

- Sanad kasta waxaad ku jirtaa qorshahayaga, waa inaan kuu sheegnaa dheefaha qorshaha iyo xuquuqaha qaabka aad ku fahmi karto.
- Waxaad heli kartaa macluumaadka ku saabsan adeeg bixiyayaasha gudaha Aetna Better Health of Ohio Qorshaheeda Caadimaad adigoo waxa Xubinta Adeegyada Lambarka **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood, 7 maalmood todobaadkii. Waxaad sidoo kale ku arki kartaa Adeeg bixiyaha iyo Diiwaanka bogga **AetnaBetterHealth.com/Ohio** macluumaadka cusub, ama waxaad codsan kartaa nuqulka daabacan ee ka soo baxay Adeegyada Xubinta badanka walxaha ku qoran hoos. Xubinta Adeegyada waxa uu ku siin karaa macluumaadka ku saabsan isbeddelada shabakadayada, kuwaas oo ay ku jiraan adeeg bixiyayaashu:
 - Magaca, cinwaanka, lambarada telefoonka
 - Takhasuska xirfadeed
 - Qaybta takhasuska
 - Dugsiyada caafimaadka la dhigtay
 - Dhammaystirka degenaanshaha
 - Heerka shahaadada guddida
- Qorshaheenu waxa uu sidoo kale ku siinayaa qoraalada luqaddaha aan ahayn Ingiriisiga iyo qaabka qoraalka sida farta daabacada waa wayn, farta dhegoolaha, ama maqalka. Qoraalada waxaa lagu heli karaa Isbaanish iyo Soomaali.
 - Haddii aad doonayso inaad samayso codsi taagan si aad ku hesho qoraalada oo dhan luqadda aan ahayn Ingiriisiga ama qaab beddel ah, waxaad waci kartaa Aetna Better Health ee Xubinta Adeegyada Ohio lambarka **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood, 7 maalmood todobaadkii.
 - Si aad u beddesho codsigaaga taagan ee qoraalada, fadlan wac Aetna Better Health ee Xubinta Adeegyada Ohio lambarka **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood, 7 maalmood todobaadkii.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Como miembro de nuestro plan:

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

- Su PHI incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derecho a que se le garantice un manejo confidencial de la información relacionada con sus diagnósticos, tratamientos, pronósticos y antecedentes médicos y sociales.
- Tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que brinda información sobre estos derechos. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

D1. Cómo protegemos su PHI

Usted tiene derecho a recibir información sobre su salud. Esta información también podría estar disponible para alguien a quien usted haya autorizado legalmente para recibir la información, o a quien usted haya designado como contacto de emergencia, cuando no es lo mejor para su salud que usted la reciba.

Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

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

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

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
- Debemos brindarle su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales, leyes estatales y nuestros contratos con el gobierno.

D2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos si no es para transferir los registros a un proveedor nuevo.

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

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Aetna Better Health of Ohio, usted tiene derecho a que le proporcionemos información. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérpretes para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, simplemente llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este es un servicio gratuito. Los materiales por escrito están disponibles, a pedido, en español y somalí. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye, entre otros, lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo los miembros del plan lo calificaron
 - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - Cómo dejar el plan
- Nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, que incluye lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria (PCP). Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red tantas veces como desee. Debemos enviarle información por escrito que indique quién es el nuevo PCP y la fecha en que el cambio entró en vigencia.
 - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.
- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, que incluye lo siguiente:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites de su cobertura y medicamentos
 - Normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, que incluye lo siguiente:
 - Explicar por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto
 - Cambiar una decisión que tomamos
 - Pagar una factura que usted recibió

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

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

G. Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Original Medicare u otro plan de Medicare en cualquier momento al solicitar el cambio

- Usted tiene derecho a recibir los servicios de atención médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.
- Puede recibir sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos con receta.
- Debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio.

Si desea realizar un cambio, puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

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

- **Conocer sus opciones** y que se le informen todos los tipos de tratamientos provistos de manera que sea adecuada para su afección y capacidad de comprender.
- **Conocer los riesgos** y que se le informe sobre los riesgos asociados.
 - Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación.
 - Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión** consultando a otro proveedor de la red calificado antes de decidir un tratamiento.
 - Si un proveedor calificado de la red no puede atenderle, organizaremos una consulta con un proveedor fuera de la red sin costo alguno para usted.
- **Decir que “no”** y rechazar cualquier tratamiento o terapia.
 - Esto comprende lo siguiente:
 - Retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga.
 - Dejar de tomar un medicamento.
 - Si rechaza un tratamiento, una terapia o tomar un medicamento, el médico o Aetna Better Health of Ohio deben hablar con usted sobre qué podría suceder y deben hacer una nota en sus registros médicos.
 - Si rechaza el tratamiento o dejar de tomar un medicamento, no será dado de baja del plan.
 - Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención** y obtener una explicación de nosotros si un proveedor ha denegado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicítenos que cubramos un servicio o medicamento que le fue denegado o que no suele tener cobertura.** A esto se lo denomina una “decisión de cobertura”. El Capítulo 9 indica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.
- **Conocer los roles específicos de los practicantes estudiantes** y rechazar el tratamiento de un estudiante.
- Usted tiene derecho a conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o el costo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

Tiene derecho a lo siguiente:

Uso de instrucciones anticipadas para indicar sus deseos sobre su atención médica

Las personas a menudo se preocupan sobre la atención médica que recibirían si llegasen a estar tan enfermas que no podrían expresar sus deseos.

Es posible que algunas personas no deseen pasar meses o años conectados a equipos de mantenimiento de la vida. Es posible que otras deseen seguir todos los pasos para prolongar la vida.

Puede indicar sus deseos de atención médica por escrito mientras esté saludable y pueda decidir. Su centro de atención médica debe explicarle su derecho a indicar sus deseos sobre la atención médica. También debe preguntarle si ha dejado sus deseos por escrito.

Este documento explica sus derechos en virtud de la ley de Ohio a aceptar o rechazar atención médica. El documento también explica cómo puede indicar sus deseos sobre la atención que le gustaría recibir si no pudiera elegir usted mismo. Este documento no contiene asesoramiento legal, pero le ayudará a comprender sus derechos en virtud de la ley.

¿Cuáles son mis derechos a elegir mi atención médica?

Usted tiene derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea un determinado tipo de atención, tiene derecho a decirle a su médico que no lo desea.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué sucede si no puedo comunicar mis deseos?

La mayoría de las personas pueden comunicar sus deseos sobre su atención médica a sus médicos. Pero algunas personas se enferman demasiado como para comunicar a sus médicos el tipo de atención que desean. En virtud de la ley de Ohio, usted tiene derecho a completar un formulario mientras pueda responder por usted mismo. Este formulario les indica a sus médicos lo que desea que se haga si no puede comunicar sus deseos.

¿Qué tipos de formularios hay?

En virtud de la ley de Ohio, existen cuatro formularios diferentes, o instrucciones anticipadas, que puede utilizar: un testamento vital, una orden de no reanimar (DNR), un poder para la atención médica (también denominado poder duradero para la atención médica) y una declaración para el tratamiento de salud mental. Usted completará un formulario de instrucciones anticipadas mientras pueda responder por usted mismo. Las instrucciones anticipadas le permiten a su médico y a los demás conocer sus deseos sobre la atención médica.

¿Tengo que completar un formulario de instrucciones anticipadas antes de recibir atención médica?

No. Nadie puede obligarlo a completar un formulario de instrucciones anticipadas. Usted decide si desea completar uno.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Quién puede completar un formulario de instrucciones anticipadas?

Cualquier persona mayor de 18 años que esté lúcida y pueda tomar sus propias decisiones puede completar uno.

¿Necesito un abogado?

No, no necesita un abogado para completar un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Las personas que me brindan atención médica deben cumplir mis deseos?

Sí, si sus deseos cumplen con la ley estatal. No obstante, es posible que una persona que le brinde atención médica no cumpla sus deseos porque son contrarios a sus creencias. De ser así, le ayudarán a encontrar a alguien que cumpla sus deseos.

Testamento vital

Un testamento vital indica qué tanto desea utilizar métodos de mantenimiento de la vida para prolongar su vida. Entra en vigencia solo cuando se cumple lo siguiente:

» Se encuentra en un estado de coma que no se espera que termine.

O BIEN,

» Se encuentra en un estado que está fuera del alcance de la ayuda médica posible sin esperanzas de mejorar y no puede expresar sus deseos.

O BIEN,

» Se espera que usted muera y no puede expresar sus deseos.

Las personas que le brinden atención médica deben hacer lo que usted estipula en su Testamento vital. Un testamento vital les da el derecho a cumplir sus deseos. Solo usted puede cambiar o cancelar su testamento vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de no reanimar

Una orden de no reanimar (DNR) es una orden por escrito indicada por un médico o, en determinadas circunstancias, por un profesional en enfermería certificado o especialista en enfermería clínica, que instruye a los proveedores de atención médica que no hagan reanimación cardiopulmonar (RCP). En Ohio, existen dos tipos de órdenes de DNR: (1) DNR para atención de confort y (2) DNR para atención de confort: paro cardíaco. Debe hablar con su médico sobre las opciones de DNR.

Poder para la atención médica

Un poder para la atención médica es diferente de otros tipos de poderes. Este documento analiza solo el poder para la atención médica, no los demás tipos de poderes.

Un poder para la atención médica le permite elegir a alguien para que lleve adelante sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre si usted no puede hacerlo. Este podría ser para un período corto o para un período largo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿A quién debería elegir?

Puede elegir a cualquier familiar o amigo adulto en quien confíe para que actúe por usted cuando usted no pueda hacerlo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que desea. Luego, escriba qué atención médica desea o no desea. También debe hablar con su médico sobre lo que desea. La persona que usted elija deberá cumplir sus deseos.

¿Cuándo entra en vigencia mi poder para la atención médica?

El formulario entra en vigencia cuando no puede elegir su atención por usted mismo. El formulario le permite a su familiar o amigo interrumpir su mantenimiento de la vida solo en las siguientes circunstancias:

» Si usted se encuentra en un estado de coma que no se espera que termine.

O BIEN,

» Si se espera que muera.

Declaración para el tratamiento de la salud mental

Una Declaración para el tratamiento de la salud mental brinda atención más específica a la atención de la salud mental. Le permite, mientras sea capaz, asignar a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando usted no puede hacerlo. Además, la declaración puede estipular determinados deseos respecto al tratamiento. Por ejemplo, puede indicar sus preferencias de medicamentos y tratamiento, y sus preferencias respecto al ingreso/la retención en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre un poder para la atención médica y un testamento vital?

Su testamento vital explica, por escrito, sus deseos sobre la utilización de métodos para el mantenimiento de la vida si no puede dar a conocer sus deseos. Su poder para la atención médica le permite elegir a alguien para que lleve a cabo sus deseos de atención médica cuando no pueda actuar en su nombre.

Si tengo un poder para la atención médica, ¿también necesito un testamento vital?

Es posible que desee tener ambos. Cada uno aborda diferentes partes de su atención médica.

¿Puedo cambiar mis instrucciones anticipadas?

Sí, puede cambiar sus instrucciones anticipadas cuando lo desee. Es una buena idea repasar sus instrucciones anticipadas de vez en cuando para asegurarse de que aún dicen lo que usted desea y que cubren todas las áreas.

Si no tengo instrucciones anticipadas, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no puedo?

La ley de Ohio permite que sus familiares más cercanos elijan su atención médica si se espera que muera y no puede responder por usted mismo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Dónde obtengo formularios de instrucciones anticipadas?

Muchas de las personas y los lugares que le brindan atención médica tienen formularios de instrucciones anticipadas. También puede obtener estos formularios en el sitio web de Midwest Care Alliance en: www.midwestcarealliance.org.

¿Qué hago con mis formularios después de completarlos?

Debe entregarle copias a su médico y al centro de atención médica para que los agreguen a sus registros médicos. Entréguele uno a un familiar o amigo de confianza. Si eligió a alguien en un poder para la atención médica, entréguele una copia a esa persona. Coloque una copia con sus papeles personales. Le recomendamos que le entregue una a su abogado o persona del clero. Asegúrese de contarles a su familia y amigos sobre lo que hizo. No guarde los formularios y se olvide de ellos.

Donación de órganos y tejidos

Los residentes de Ohio pueden elegir si desean donar sus órganos y tejidos a terceros en caso de morir. Al comunicar su preferencia, pueden asegurarse de que sus deseos se lleven a cabo de inmediato y de que sus familias y seres queridos no tendrán la carga de tomar la decisión en un momento ya de por sí difícil. Algunos ejemplos de órganos que pueden ser donados son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que pueden ser donados son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Existen dos maneras de registrarse para ser donante de órganos y tejidos:

(1) Puede indicar sus deseos de ser donante de órganos o tejidos cuando obtiene o renueva su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado.

O BIEN,

(2) Puede registrarse en línea para donar órganos a través del sitio web del Registro de donantes de Ohio: www.donatelifeoio.org.

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

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

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina instrucciones anticipadas. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y un poder para la atención médica.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medicaid (como el Departamento para las Personas de Edad Avanzada de Ohio, el Colegio de Abogados del estado de Ohio y la AARP) también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitar los formularios. Los formularios también se encuentran actualmente disponibles en el siguiente sitio web: www.proseniors.org/advance-directives/.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias a las personas que deben saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.
- Si deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

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

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

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

H3. ¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Ohio llamando al 1-800-342-0553 o por correo electrónico a HCComplaints@odh.ohio.gov.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

I. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo. También le enviaremos un aviso cuando pueda presentar una apelación directamente ante la Oficina de Audiencias del Estado del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Puede ejercer todos sus derechos sabiendo que Aetna Better Health of Ohio, los proveedores de nuestra red, Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias contra usted.

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

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Línea directa de Medicaid de Ohio para los consumidores al 1-800-324-8680 (los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1), de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Sus Derechos y Protecciones en Medicare” del sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Defensor del pueblo de MyCare Ohio en la Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre esta organización.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

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



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para casi todos los miembros de Aetna Better Health of Ohio, Medicaid paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B. Si usted paga su prima de la Parte A o de la Parte B y considera que Medicaid debería haberla pagado, puede ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su condado y solicitar asistencia.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, es posible que deba pagar el servicio o medicamento.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan.** Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir los servicios de Aetna Better Health of Ohio. El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted. Para obtener más información, consulte la Sección K del Capítulo 1. También debe notificar al asistente social del condado en el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia local.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

J1. Programa de recuperación del patrimonio

Si está institucionalizado permanentemente o tiene 55 años o más cuando recibe los beneficios de Medicaid, el Programa de recuperación del patrimonio puede recuperar los pagos de su patrimonio por el costo de la atención pagado por Ohio Medicaid. El costo de la atención puede incluir el pago por capitación que Ohio Medicaid paga a su plan de cuidado administrado, incluso si el pago es superior al costo de los servicios que recibió. La recuperación del patrimonio tiene lugar después de su muerte.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Como miembro, usted tiene derecho a ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento para expresar sus opiniones y presentar recomendaciones sobre nuestra Política de derechos y responsabilidades. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o póngase en contacto con su administrador de atención.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

Introducción

Este capítulo contiene información sobre su derecho a solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o hacer un reclamo. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

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

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

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

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. No obstante, en ocasiones es posible que tenga algún problema para recibir los servicios, o que no esté satisfecho con la forma en que se brindan los servicios o con cómo se lo trata. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para tratar los problemas o reclamos sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, cómo obtener servicios y el pago de los servicios. **También puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que le guíe en la resolución del problema.**

Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y sobre cómo contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema.	156
A1. Acerca de los términos legales	156
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	156
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda	156
C. Problemas con sus beneficios	159
C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones y apelaciones de cobertura o para hacer un reclamo	159
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	159
D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	159
D2. Qué sección de este capítulo le ayudará	160
E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	162
E1. Cuándo utilizar esta sección.	162
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	164
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	166
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	171
E5. Problemas con pagos	175
F. Medicamentos de la Parte D	177
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un medicamento de la Parte D	177
F2. Qué es una excepción	178
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	179
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	180
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	183
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	185



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	187
G1. Conozca sus derechos de Medicare	187
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	188
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	190
G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación	191
H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio de Medicare, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto	193
H1. Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	193
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención	194
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención	196
H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	197
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	199
I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare	199
I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid	199
J. Cómo presentar un reclamo	200
J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?	200
J2. Reclamos internos	202
J3. Reclamos externos	203



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo, se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales complejos para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Saber el significado de los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso. Puede ponerse en contacto con cualquier de los siguientes recursos para obtener ayuda.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio

El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle con sus problemas o reclamos sobre su atención médica, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo. Queremos ayudar con problemas tales como: comprender qué servicios están cubiertos; cómo obtener servicios; cómo encontrar un proveedor; qué hacer cuando se le solicita que pague un servicio; cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación, o cómo presentar un reclamo (también denominado queja). Para ponerse en contacto con nosotros, puede hacer lo siguiente:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** para enviar una pregunta, un reclamo o una apelación.
- Completar el formulario de apelaciones/reclamos de la página 205 de este capítulo o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos un formulario.
- Escribirnos una carta en la que nos indique su pregunta, problema, reclamo o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que aparece en la parte delantera de su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio, y su dirección y número de teléfono. También debe enviar cualquier información que nos ayude a explicar su problema.

Envíe el formulario o la carta a:

Aetna Better Health of Ohio
Attn: Grievance and Appeals
P.O. Box 818070
Cleveland, Ohio 44181

Cómo obtener ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio. La línea directa puede responder sus preguntas y derivarlo al personal que le ayudará a comprender qué debe hacer sobre su problema. La línea directa no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572), de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en www.medicaid.ohio.gov.

Cómo obtener ayuda del Defensor del pueblo de MyCare Ohio

También puede obtener ayuda del Defensor del pueblo de MyCare Ohio. El Defensor del pueblo de MyCare Ohio es un programa que le ayuda a resolver problemas que podría tener con nuestro plan. Puede ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo.

El Defensor del pueblo de MyCare Ohio es un defensor independiente y no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Llame al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750), de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. También puede presentar un reclamo en línea en: aging.ohio.gov/contact. Los servicios son gratuitos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visitar el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Es posible que también quiera hablar con las siguientes personas sobre su problema y solicitar su ayuda.

- Puede hablar con su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura. Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio puede presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre.
 - Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de servicios cubiertos por Medicaid únicamente o para una audiencia del estado de Medicaid, debe designarlo como su representante por escrito.
- Puede hablar con un amigo o familiar. Un amigo o familiar puede solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar un reclamo en su nombre si lo designa como su “representante”.
 - Si desea que alguien sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También puede obtener el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Ohio. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.
- Puede hablar con un abogado. Puede llamar a su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. Si desea información sobre ayuda legal gratuita, puede ponerse en contacto con la oficina local de ayuda legal o llamar a Ayuda Legal de Ohio al número gratuito 1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO). Si quiere que lo represente un abogado, deberá completar el formulario de "Nombramiento de un representante". Tenga en cuenta que **no necesita un abogado** para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación o un reclamo.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/Ohio.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso para presentar decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas sobre si la atención médica, los medicamentos con receta o los servicios y apoyos a largo plazo están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con la denegación de pago de los productos y servicios por parte del plan).	
Sí.	No.
Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.	Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.
Vaya a la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 159.	Vaya a la Sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 200.

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con las denegaciones de pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar.

Si usted o su médico no están seguros de si Medicare o Medicaid cubre un servicio, producto o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico brinde el servicio, producto o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, producto o medicamento que usted desea no es médicamente necesario, no es un beneficio cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

¿Cómo puedo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones?

Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con cualquiera de los recursos que se indican en la Sección B1 de la página 156.

D2. Qué sección de este capítulo le ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E de la página 162** le brinda información si tiene problemas para obtener atención médica o productos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo, y medicamentos con receta (**excepto** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
 - No aprobamos los servicios, productos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la Sección E por problemas de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F de la página 166 para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos, pero no pagamos por esta atención.
 - Recibió y pagó servicios médicos o productos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarnos que paguemos los servicios para que se le reembolse el pago.
 - Le notifican que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H de las páginas 187 y 193.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- **La Sección F de la página 177** proporciona información si tiene problemas con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere solicitarnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró para que se le reembolse el pago. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago).
- **La Sección G de la página 187** proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- **La Sección H de la página 193** proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E. Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios de atención médica o productos, servicios dentales o de la vista, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo. También puede recurrir a esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de medicamentos con un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo que necesita pero que no recibe.

Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 de la página 164 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Desea que cubramos un beneficio que requiere la aprobación del plan (también denominada autorización previa) antes de recibir el servicio.

Qué puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 de la página 164 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

NOTA: Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener una lista general de los servicios cubiertos, además de información sobre qué servicios requieren autorización previa de nuestro plan. Consulte la Lista de medicamentos para averiguar si algún medicamento requiere autorización previa. También puede encontrar las listas de servicios y medicamentos que requieren autorización previa en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

3. No aprobamos la atención que su médico desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 de la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. No aprobamos su solicitud de obtener servicios de exención de un proveedor específico de la red que no es una agencia o un proveedor dirigido por el participante.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Consulte la Sección E3 de la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Recibió servicios o productos que cree que cubrimos pero no pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 de la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

6. Recibió y pagó servicios o productos que creía que estaban cubiertos, y quiere que trabajemos con el proveedor para reembolsarle el pago.

Qué puede hacer: puede solicitarnos que trabajemos con el proveedor para reembolsarle el pago. Consulte la página 175 de esta sección para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos la cobertura de un determinado servicio o producto, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o producto. Consulte la Sección E3 de la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si le indicamos que los servicios o productos previamente aprobados serán reducidos, suspendidos o interrumpidos antes de que reciba todos los servicios o productos que estaban aprobados, usted podrá seguir recibiendo los servicios y productos durante la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?” de la página 166.

NOTA: si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H de las páginas 187 y 193 para obtener más información.

8. No tomamos una decisión de cobertura en los plazos en que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: puede presentar un reclamo o una apelación. Consulte la Sección J de la página 200 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo. Consulte la Sección E3 de la página 166 para obtener información sobre cómo presentar una apelación de Nivel 1.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

9. No tomamos una decisión de apelación en los plazos en que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: puede presentar un reclamo. Consulte la Sección J de la página 200 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo. Además, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede solicitar una audiencia del estado. Consulte la Sección E4 de la página 171 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia del estado. Tenga en cuenta que si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, enviaremos su apelación automáticamente al Nivel 2 si no le damos una respuesta dentro del plazo establecido.

NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio, producto o medicamento de Medicaid (consulte la Sección F para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante autorizado o médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Puede enviarnos un fax al 1-855-734-9389.
- Puede escribirnos a:

Aetna Better Health of Ohio
Attn: Utilization Management Department
7400 West Campus Road, Mail Code: F494
New Albany, OH 43054

Recuerde que debe completar el formulario de Nombramiento de un representante para designar a alguien como su representante autorizado. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante. Para obtener más información, consulte la Sección B1 de la página 156.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión estándar de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

Tomaremos una decisión estándar de cobertura sobre todos los demás servicios y productos en un plazo de 10 días calendario después de que la solicite. Si no le enviamos nuestra decisión dentro de los 10 días calendario (o 72 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), puede presentar una apelación.

Usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo, o es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid y en un plazo de 48 horas para todos los demás servicios y productos.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.

Excepto para las decisiones rápidas de cobertura sobre medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden solicitar más tiempo, o es posible que necesitemos más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que se le informará que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Cómo solicitar una “decisión rápida de cobertura”:

- Si solicita una decisión rápida de cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** o enviarnos un fax al 1-855-734-9389. Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante autorizado que nos llamen.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a la cobertura de atención médica o un producto que aún no ha recibido.** (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el reembolso de su pago de la atención médica o del producto que ya recibió).
2. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.** Los plazos estándares son de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o Medicaid, y de 10 días calendario para todos los demás servicios y productos.
 - Si su médico dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una.
 - Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico, decidiremos si se le otorgará una decisión rápida de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos los plazos estándares (72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o Medicaid) para tomar nuestra decisión.
- En esta carta le informaremos que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 200.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le daremos nuestros motivos para **rechazarla**.

- Si la **rechazamos**, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión a través de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Si usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. También puede apelar nuestro incumplimiento de tomar una decisión de cobertura dentro de los plazos en los que deberíamos haberlo hecho. Le enviaremos un aviso por escrito cuando tomemos una medida, o no lo hagamos, que usted pueda apelar.

NOTA: Si desea que su médico u otro proveedor actúe en su nombre para una apelación de servicios cubiertos por Medicaid únicamente, debe designarlo como su representante por escrito. Lea la sección “¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?” de la página 168 para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750). El Defensor del pueblo de MyCare Ohio no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación que puede presentar ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante, su médico u otro proveedor deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Ohio
Attn: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 818070
Cleveland, Ohio 44181
- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o puede utilizar el formulario de apelaciones/reclamos de la página 205. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que aparece en la parte delantera de su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio, y su dirección y número de teléfono. También debe incluir cualquier información que nos ayude a explicar su problema.
- Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

El término legal para “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días** calendario a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para obtener más información sobre qué plazo corresponde a su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además, otra persona puede presentarla por usted, pero usted primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario le otorga a la otra persona el permiso para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.

Si la apelación proviene de una persona que no sea usted, su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debemos obtener su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Para los servicios cubiertos por Medicaid únicamente, si desea que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en su nombre, debemos obtener su autorización por escrito.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de razones válidas son los siguientes: tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar el motivo de la demora de su apelación cuando presente su apelación.

NOTA: Si usted presenta una apelación porque le informamos que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?” de la página 170 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su médico.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 15 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.

- No obstante, si usted o su proveedor solicitan más tiempo o si necesitamos recabar más información, podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 200.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 15 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare (consulte la Sección E4 de la página 171). Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede solicitar una audiencia del estado (consulte la Sección E4 de la página 171).

También puede presentar un reclamo sobre nuestro incumplimiento de tomar una decisión sobre la apelación dentro del plazo requerido (consulte la Sección J de la página 200).

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio en un plazo de 15 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 de la página 171). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta le diremos que también puede solicitar una audiencia del estado (consulte la Sección E4 de la página 171).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida toda la información necesaria para decidir sobre su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted o su proveedor solicitan más tiempo o si necesitamos recabar más información, podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si nos tomamos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 200.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 72 horas o al finalizar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare (consulte la Sección E4 de la página 171). Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede solicitar una audiencia del estado (consulte la Sección E4 de la página 171).

También puede presentar un reclamo sobre nuestro incumplimiento de tomar una decisión sobre la apelación dentro del plazo requerido (consulte la Sección J de la página 200).

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta le informaremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 de la página 171). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta le diremos que también puede solicitar una audiencia del estado (consulte la Sección E4 de la página 171).

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

Sí, si cumple con ciertos requisitos. Si previamente aprobamos la cobertura de un servicio pero después decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que caduque el período de autorización, le enviaremos un aviso al menos 15 días antes de tomar alguna medida. Usted, su representante autorizado o su médico u otro proveedor debe **solicitar una apelación antes del momento que sea posterior a lo siguiente** para continuar recibiendo el servicio durante la apelación:

- En un plazo de 15 días calendario desde la fecha de envío de nuestro aviso de acción. **O bien**,
- La fecha de entrada en vigencia propuesta de la acción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Si se seguirán brindando sus beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que se produzca alguna de las siguientes situaciones: (1) usted retira la apelación; o (2) pasan 15 días calendario desde que le notificamos que **rechazamos** su apelación.

NOTA: En ocasiones, sus beneficios podrían continuar incluso si **rechazamos** su apelación. Si el servicio tiene cobertura de Medicaid y usted solicita una audiencia del estado, es posible que continúe recibiendo sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias del Estado tome una decisión. Si el servicio tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la Sección E4 de la página 171.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de Nivel 1, ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si el servicio o producto está cubierto principalmente por Medicare o Medicaid.

- Si su problema es sobre un servicio o producto de **Medicaid**, la carta le recordará que puede solicitar una audiencia del estado. Consulte la página 171 de esta sección para obtener información sobre las audiencias del estado.
- Si su problema es sobre un servicio o producto de **Medicare**, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar principalmente cubierto **tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRE. La carta le dirá que también puede solicitar una audiencia del estado. Consulte la página 171 de esta sección para obtener información sobre las audiencias del estado.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es la segunda apelación relacionada con un servicio o producto. A la apelación de Nivel 2, la revisa una organización independiente que no está conectada con el plan.

Mi problema es sobre un servicio o producto de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1 y Medicaid generalmente cubre el servicio o producto, puede solicitar una audiencia del estado.

¿Qué es una audiencia del estado?

Una audiencia del estado es una reunión con usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias del Estado del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS). Usted explicará por qué considera que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros explicaremos por qué tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene la razón, según la información proporcionada y las normas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Le enviaremos un aviso por escrito sobre su derecho a solicitar una audiencia del estado. Si participa en los servicios de exención de MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos de audiencias del estado. Consulte el *Manual para miembros* de los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad para obtener más información sobre sus derechos.

¿Cómo puedo solicitar una audiencia del estado?

Para solicitar una audiencia del estado, usted o su representante autorizado debe comunicarse con la Oficina de Audiencias del Estado **en un plazo de 120 días calendario** desde la fecha en que enviamos el aviso sobre su derecho a solicitar una audiencia del estado. El plazo de 120 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío del aviso. Si se vence el plazo de 120 días calendario y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, la Oficina de Audiencias del Estado podría darle más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que debe solicitar una apelación de Nivel 1 antes de poder solicitar una audiencia del estado.

NOTA: Si desea que alguien actúe en su nombre, incluidos su médico u otro proveedor, usted debe proporcionarle a la Oficina de Audiencias del Estado un aviso por escrito en el que informe que desea que dicha persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de audiencia del estado a la dirección o el número de fax que se indican en el formulario o bien, enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de Audiencias del Estado al 1-866-635-3748.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de la audiencia del estado?

Por lo general, las decisiones de la audiencia del estado se toman antes de los 70 días calendario después de que la Oficina de Audiencias del Estado recibe su solicitud. No obstante, si la Oficina de Audiencias del Estado está de acuerdo en que este plazo podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional, la decisión se tomará tan rápido como sea necesario, pero antes de los 3 días hábiles después de que la Oficina de Audiencias del Estado reciba su solicitud.

Mi problema es sobre un servicio o producto que está cubierto por Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 y el servicio o producto generalmente está cubierto por Medicare de manera automática recibirá una apelación de Nivel 2 de la Entidad de revisión independiente (IRE). Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe modificarse.

- No necesita solicitar la apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (en parte o en su totalidad) a la IRE. Cuando esto suceda, se lo notificaremos.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de la IRE?

- La IRE debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta norma se aplica si usted envió su apelación antes de recibir los servicios médicos o productos.
 - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
 - Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Qué sucede si mi servicio o producto está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o producto que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia de estado. Para solicitar una audiencia del estado, siga las instrucciones en esta sección en la página 173.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio que se aprobó previamente, en algunos casos puede solicitar seguir recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente **solo por Medicaid**, puede solicitar seguir recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado debe **solicitar una audiencia del estado antes del momento que sea posterior** para seguir recibiendo el servicio durante el proceso de la audiencia del estado:
 - En un plazo de 15 días calendario desde la fecha de envío de nuestra carta en la que se le informa que denegamos su apelación de Nivel 1. **O bien,**
 - La fecha de entrada en vigencia propuesta de la acción.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente **solo por Medicare**, sus beneficios para dichos servicios **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente por **Medicare y Medicaid**, sus beneficios para dicho servicio continuarán de manera automática durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRE. Si solicita una audiencia del estado, puede continuar sus beneficios mientras la audiencia está pendiente si envía una solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.

Si se seguirán brindando sus beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que se produzca alguna de las siguientes situaciones: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su apelación de Nivel 2 (la IRE o la Oficina de Audiencias del Estado) deciden **rechazar** su solicitud.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 fue una audiencia del estado, la Oficina de Audiencias del Estado le enviará por correo una decisión de audiencia por escrito.

- Si la decisión de la audiencia es **afirmativa** (sostenida) para parte o la totalidad de lo que solicitó, la decisión explicará claramente qué debe hacer nuestro plan para tratar el problema. Si no comprende la decisión o tiene alguna pregunta sobre cómo recibir el servicio o cómo se hará el pago, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia.
- Si la audiencia decide **rechazar** (anular) parte o la totalidad de lo que usted solicitó, significa que la Oficina de Audiencias del Estado estuvo de acuerdo con la decisión de Nivel 1. La decisión de la audiencia del estado explicará los motivos de la Oficina de Audiencias del Estado para rechazarla y le indicará que usted tiene derecho a solicitar una apelación administrativa.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o brindarle el servicio o producto en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de la atención médica o brindarle el servicio o producto en un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos aprobar o brindarle dicho medicamento en un plazo de 72 horas después de recibir la respuesta de la IRE. Si se le concedió una apelación rápida, debemos autorizar o brindarle el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 24 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Apelé ante la Entidad de revisión independiente y la Oficina de Audiencias del Estado por servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid. ¿Qué sucede si toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la Oficina de Audiencias del Estado **aceptan** parte o la totalidad de lo que solicitó, le brindaremos el servicio o producto aprobado que sea más cercano a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la decisión es rechazada para parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la apelación de Nivel 2 fue una audiencia del estado, puede apelar nuevamente al solicitar una apelación administrativa. La Oficina de Audiencias del Estado debe recibir su solicitud de apelación administrativa dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

Si su apelación de Nivel 2 se envió a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.

Consulte la Sección I en la página 199 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y productos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio o producto con cobertura. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que pueda reembolsarle su pago, o que el proveedor acepte dejar de facturarle el servicio.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitarnos que lo ayudemos con el pago que le hizo a un proveedor o a pagar una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago. El Capítulo 7 también tiene información para ayudarle a evitar problemas de pagos en el futuro.

¿Puedo pedirles un reembolso por un servicio o producto que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por servicios o productos cubiertos, no debe pagarla. No obstante, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios y productos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Analizaremos si el servicio o el producto que pagó es un servicio o producto cubierto, y verificaremos si siguió todas las normas para usar la cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Si el servicio o producto que pagó tiene cobertura y usted siguió todas las normas, trabajaremos con el proveedor para reembolsarle el pago.
- Si aún no ha pagado por el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o producto no está cubierto, o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o producto, y explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 166. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o producto que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto, por lo general, está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos hacer el pago, debemos enviarle el pago al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 199 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o producto generalmente está cubierto por Medicaid, puede solicitar una audiencia del estado (consulte la Sección E4 en la página 171).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea el reembolso de un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que es posible que Medicaid cubra.

Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso que se describe en la **Sección E** en la página 162.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede pedir que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede obtener su medicamento con receta, recibirá un aviso en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago. Recuerde que no debe pagar por los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si se le solicita que pague el costo total de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 178. También consulte las Secciones F3 y F4 en las páginas 179 y 180.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 180.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4 en la página 180.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección F5 en la página 183.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección F5 en la página 183 se explica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. Puede llamarnos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección B en la página 156 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que le otorgue permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si pagó por un medicamento que usted considera que debería estar cubierto, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se explica cómo llamar al Departamento de Servicios para miembros o enviarnos la documentación que solicita que cubramos el medicamento.
- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración, ya sea por fax o por correo.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago de la Parte D

Llame, escriba o envíe un fax para solicitarnos una decisión, o pídale a su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona autorizada a dar recetas.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedir una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos el “plazo estándar” a menos que hayamos aceptado usar el “plazo rápido”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es **“determinación acelerada de cobertura”**.

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo si usar la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informaremos en la carta.

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si le otorgaremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviaremos una carta en la que se le informará esto. En la carta, se le comunicará cómo presentar un reclamo sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar.
 - Puede presentar un “reclamo rápido” y obtener una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J de la página 200.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración de su médico o la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y que describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no recibió

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o de la persona autorizada a dar recetas.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y que describa cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, pagaremos a la farmacia en un plazo de 14 días calendario. La farmacia le reembolsará el dinero.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué **rechazamos** su solicitud y que describa cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

Para iniciar la apelación, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.

Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.

Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para notificarle nuestra decisión. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón válida para haber perdido el plazo puede ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días** calendario a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección F4 en la página 180.

El término legal para una “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** la solicitud.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de apelación. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura de un medicamento que ya pagó, le pagaremos a la farmacia en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación. La farmacia le reembolsará el dinero.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, les enviaremos automáticamente el archivo de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días** calendario a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas, o su representante puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
 - Si la IRE aprueba una solicitud de cobertura de un medicamento que ya pagó, le pagaremos a la farmacia en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión. La farmacia le reembolsará el dinero.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE con la decisión de su apelación de Nivel 2, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

G1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso importante llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El “aviso importante” le brinda información sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a lo siguiente:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le pudieran haber informado su médico o el personal del hospital.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- También puede consultar el aviso que se encuentra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números indicados anteriormente.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

En Ohio, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- Si llama antes de retirarse, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
- Si no llama para presentar una apelación, y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- **Si se vence el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección G4 en la página 191.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) para solicitar una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para la explicación por escrito es “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, deberá pagar la continuación de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día después en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En Ohio, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán su decisión.

¿Qué sucede si aceptan su solicitud?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de la primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su solicitud?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

G4. Qué sucede si se vence el plazo de la apelación

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (un plazo de 60 días o que no supere la fecha prevista del alta, lo que ocurra primero), puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios.
 - También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

En resumen: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 200 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Además, debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
- En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

En resumen: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H. Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio de Medicare, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención solo cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que su médico indique que los necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le diremos por adelantado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. El aviso por escrito se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar el costo de su atención.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 200 le explica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, llame al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información sobre la presentación de apelaciones ante la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación acelerada”. Es una revisión independiente sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura para sus servicios.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) para solicitar una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 197.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, consulte una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que se explique el motivo de la interrupción de sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Ohio, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha prevista del alta.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Si se vence el plazo de la apelación, existe otra manera de que presente apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, denominadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, tenemos en cuenta toda la información sobre su atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o la atención que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En resumen: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios. Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Al hacer esto, significa que su caso va automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con su atención durante un período más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) en un plazo de 24 horas después de haberle dado nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este o con otros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección J en la página 200 explica cómo presentar un reclamo.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En resumen: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

En la carta que reciba de la IRE, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles para continuar con la apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2 por servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). La persona que toma una decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez Administrativo (ALJ) o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o abogado mediador revise su caso, el producto o el servicio médico que solicita tendrá que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o a un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o abogado mediador, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con el Defensor del pueblo de MyCare Ohio. El número de teléfono es 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).

I2. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicaid

Si se le otorgó una audiencia del estado para los servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de su audiencia del estado fue anulada (no a su favor), usted también tiene derecho a presentar apelaciones adicionales. El aviso de decisión de la audiencia del estado le explicará cómo solicitar una apelación administrativa y presentar su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias del Estado debe recibir su solicitud dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación administrativa, tiene derecho a apelar ante el tribunal civil del condado donde vive.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con las audiencias del estado o las apelaciones administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias del Estado al 1-866-635-3748.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. ¿Sobre qué tipos de problemas deben ser los reclamos?

El proceso de reclamos se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la recepción de una factura y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health of Ohio lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamos sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan.

En resumen: cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que se encargan de manejar los reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 203.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre la recepción de una factura

- Su médico o proveedor le enviaron una factura.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Reclamos sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o pagarle al proveedor ciertos servicios médicos para que pueda reembolsarle el dinero.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para un “reclamo” es una **“queja”**.

El término legal para “presentar un reclamo” es **“interponer una queja”**.

¿Existen diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante nuestro plan, que es el encargado de revisarlo. Un reclamo externo se presenta ante una organización que no está afiliada con nuestro plan, y es esta organización la que lo revisa. **Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar al Defensor del pueblo de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (TTY del Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750).**



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974, (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los reclamos relacionados con la Parte D deben presentarse **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo. Todos los demás reclamos pueden presentarse **en cualquier momento** después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

- Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su reclamo por escrito. Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito. También puede utilizar el formulario de la página 205 para enviar el reclamo.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

El término legal para un “reclamo rápido” es “queja acelerada”.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a los reclamos sobre acceso a la atención en el plazo de 2 días hábiles. Respondemos todos los demás reclamos en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Le informaremos por escrito si necesitamos más tiempo.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o decidir sobre una apelación, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad del reclamo, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos el reclamo o no.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

J3. Reclamos externos

También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede enviar su reclamo a Medicare. El formulario de reclamos de Medicare se encuentra disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede informarle a Medicaid acerca de su reclamo

Puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 o TTY 1-800-292-3572. La llamada es gratuita. También puede enviar su reclamo por correo electrónico a bmhc@medicaid.ohio.gov.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Illinois 60601

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 (TTY: 1-800-292-3572) para obtener ayuda.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O bien, puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2.

En Ohio, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Enviar una queja

Para presentar una queja por escrito, envíenos una carta con la información de su reclamo o complete este formulario. Envíe su solicitud por escrito o este formulario por correo o fax:

Dirección:

Aetna Better Health of Ohio
Grievance System Manager
PO Box 818070
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Número de fax: 1-855-883-9555

También puede enviar una queja a través de nuestro sitio web en www.AetnaBetterHealth.com/Ohio. Las solicitudes de quejas también se pueden hacer por teléfono al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Quién puede realizar una solicitud: Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja. Un representante autorizado es alguien que usted nombra para actuar en su nombre, como un amigo o un familiar. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

N.º de identificación de plan del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro inscrito _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de quejas realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito (si corresponde, consulte arriba Quién puede realizar una solicitud):

Adjunte el Formulario de autorización de representación CMS-1696, o un equivalente por escrito. Esta documentación demuestra que usted tiene el derecho de representar al miembro. Si usted presentó este formulario en el último año, no necesita presentarlo de nuevo. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o al 1-800-MEDICARE para problemas de Medicare.

Detalles de la queja

Fecha de la queja _____

Descripción de la queja:

Nota importante: Decisiones rápidas, también llamadas decisiones aceleradas

Usted tiene derecho a una decisión acelerada de la queja en los siguientes casos:

- Si usted solicitó una decisión rápida sobre un servicio o apelación y decidimos procesarlo dentro del plazo habitual (no acelerado). Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.
- Si extendimos el plazo para decidir sobre su solicitud de un servicio o una apelación.

MARQUE ESTA CASILLA SI SOLICITA UNA DECISIÓN ACELERADA DE UNA QUEJA EN UN PLAZO DE 24 HORAS.

<p><i>Firma de la persona que realiza la queja:</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Fecha:</i> _____</p>
--

Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.

ATENCIÓN: Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

FIIRI: Haddii aad ku hadasho Isbaanish ama Soomaali, adeegyada llaqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.

Enviar una queja

Usted tiene el derecho de solicitarnos una apelación cuando Aetna Better Health of Ohio rechaza su solicitud de cobertura o el pago de un producto o servicio. Para solicitar una apelación, tiene 60 días desde la fecha de timbrado que figura en el aviso por escrito de la decisión que se le envió. Puede completar este formulario o hacer una solicitud por escrito con la información y los motivos de su apelación. Envíe su solicitud por escrito o este formulario por correo o fax:

Dirección:

Aetna Better Health of Ohio
Grievance System Manager
PO Box 818070
5801 Postal Road Cleveland,
OH 44181

Número de fax:

1-855-883-9555

También puede solicitarnos una apelación **a través de nuestro sitio web**

AetnaBetterHealth.com/ohio. Las solicitudes de apelación también se pueden hacer por teléfono llamando al **1-855- 364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Quién puede realizar una solicitud: Usted, u otra persona (como un familiar o un amigo) que desea que actúe en su nombre, puede solicitar una apelación. Si la apelación proviene de una persona que no sea usted, su profesional de atención primaria o el médico que solicitó el servicio, debemos recibir su autorización por escrito antes de poder revisar la apelación. Si desea que alguien actúe en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

N.º de identificación de plan del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro inscrito _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de quejas realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito (si corresponde, consulte arriba Quién puede realizar una solicitud):

Adjunte el Formulario de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito si no fue presentado en el nivel de la determinación de cobertura. Esta documentación demuestra que usted tiene el derecho de representar al miembro. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o al 1-800-MEDICARE por productos o servicios cubiertos por Medicare.



Producto o servicio de la apelación

Descripción: _____

Fecha del aviso de denegación que recibió _____

¿Recibió el producto pendiente de apelación? Sí No

Si responde "Sí":

Fecha de servicio: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia de recibo)

Nota importante: Decisiones rápidas, también llamadas decisiones aceleradas

Si usted o su médico consideran que esperar 7 días calendario para la Parte D (medicamento) o 15 días calendario para todas las demás decisiones estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar el plazo de una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, le daremos de manera automática una decisión rápida en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide una apelación por la atención médica o un producto que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DE UNA APELACIÓN ACELERADA EN UN PLAZO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que considere que puede colaborar con su caso, como una declaración de su médico y los registros médicos relevantes. Le recomendamos consultar la explicación que proporcionamos en el aviso de denegación.

www.AetnaBetterHealth.com/Ohio

Servicios de interpretación en varios idiomas

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Firma de la persona que solicita la apelación:

Fecha: _____

Aetna Better Health® of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.

ATENCIÓN: Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-364-0974** (TTY: **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974** (TTY: **711**), 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

FIIRI: Haddii aad ku hadasho Isbaanish ama Soomaali, adeegyada luqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974** (TTY: **711**), 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.

Capítulo 10: Cómo modificar o cancelar su membresía en nuestro plan de MyCare Ohio

Introducción

Este capítulo explica las maneras en que puede modificar o cancelar su membresía en nuestro plan. Puede cambiar su membresía en nuestro plan al elegir recibir sus servicios de Medicare por separado (permanecerá en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Puede cancelar su membresía en nuestro plan al elegir un plan de MyCare Ohio diferente. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid de Ohio, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. MyCare Ohio	213
B. Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan	214
C. Cómo inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente	214
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid	214
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	215
D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid	216
E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía	217
F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía	217
G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud. . .	218
H. Su derecho a presentar un reclamo si les solicitamos a Medicare y Medicaid que cancelen su membresía en nuestro plan	218
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	218



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

A. MyCare Ohio

Usted puede cancelar su membresía en un Aetna Better Health of Ohio plan de Medicare y Medicaid en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage, al inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid o al cambiarse a Original Medicare.

Si modifica su membresía en nuestro plan al elegir recibir los servicios de Medicare por separado:

- Seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que realiza la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si realiza la solicitud el 18 de enero para dejar de recibir Medicare a través de nuestro plan, su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de febrero.

Si cancela su membresía en nuestro plan al elegir un plan de MyCare Ohio diferente:

- Si solicita cambiarse a un plan de MyCare Ohio diferente antes de los últimos cinco días del mes, su membresía se cancelará el último día del mismo mes. Su nueva cobertura en el plan de MyCare Ohio diferente entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si realiza la solicitud el 18 de enero, la cobertura del nuevo plan comenzará el 1 de febrero.
- Si solicita cambiarse a un plan de MyCare Ohio diferente en uno de los últimos cinco días del mes, su membresía se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en el plan de MyCare Ohio diferente entrará en vigencia el primer día del mes posterior. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 30 de enero, la cobertura del nuevo plan comenzará el 1 de marzo.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cambiar o cancelar su membresía llamando a los siguientes números:

- La línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el Capítulo 5.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

B. Cómo cambiar o cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide modificar o cancelar su membresía:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1; **o bien,**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Podrá encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deja nuestro plan en la tabla de la página 215.

Consulte la Sección A más arriba para obtener información sobre cuándo entrará en vigencia su solicitud de modificar o cancelar su membresía.

C. Cómo inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente.

Para inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente:

- Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Su cobertura con Aetna Better Health of Ohio finalizará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid

Si usted no desea inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado. Sus servicios de Medicaid seguirán siendo brindados por Aetna Better Health of Ohio.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a: Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage, que incluiría la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Aetna Better Health of Ohio cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiarse a: Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p>	<p>Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. En este momento, podrá seleccionar un plan de la Parte D. Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Aetna Better Health of Ohio cuando comience su cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos con receta.</p>



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

<p>3. Puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos con receta si recibe cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame a su Programa informativo de seguros de salud para personas mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 (TTY: 1-614-644-3745).</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1. <p>Automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de Aetna Better Health of Ohio cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios de Medicaid

Debe obtener sus beneficios de Medicaid a través de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, incluso si no desea obtener sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio, igualmente debe recibir sus beneficios de Medicaid a través de Aetna Better Health of Ohio u otro plan de cuidado administrado de MyCare Ohio.

Si no se inscribe en un plan de MyCare Ohio diferente, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de la salud conductual.

Una vez que deja de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva identificación de miembro y un nuevo *Manual para miembros* para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiarse a un plan de MyCare Ohio diferente para obtener sus beneficios de Medicaid, llame a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

E. Siga obteniendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan hasta que se cancele su membresía

Si modifica o cancela su inscripción en Aetna Better Health of Ohio, pasará algún tiempo antes de que comience su nueva cobertura. Para obtener más información, consulte la página 213. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan

- **Debe utilizar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que se modifica o cancela su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que se cancela su membresía

Existen casos en los que Medicare y Medicaid deben cancelar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los servicios de Medicare finalizarán el último día del mes en que finaliza su Parte A o Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid o no cumple la calificación para elegibilidad de MyCare Ohio. Nuestro plan es para las personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o fija su residencia principal fuera de Ohio.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano estadounidense o no está legalmente en los Estados Unidos.
 - Deberá ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible según estos requisitos para ser miembro de nuestro plan.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con estos requisitos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Podemos solicitarles a Medicare y Medicaid que cancelen su inscripción en nuestro plan por las siguientes razones:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe y esa información afecta su elegibilidad.
- Si, permanentemente, se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros.
- Si deja que otra persona use su identificación de miembro para obtener atención médica.
 - Si su membresía se cancela por esta razón, es posible que Medicare o Medicaid hagan que el Inspector general investigue su caso. También es posible que se le inicie una acción penal o civil.

G. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m., y los sábados de 08:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de retransmisión de Ohio al 7-1-1.

H. Su derecho a presentar un reclamo si les solicitamos a Medicare y Medicaid que cancelen su membresía en nuestro plan

Si les solicitamos a Medicare y Medicaid que cancelen su membresía en nuestro plan, deberemos indicar las razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra solicitud de cancelar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden cancelar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días a la semana.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Capítulo 11: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se incluyen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de atención: un enfermero, trabajador social u otro profesional de salud que trabaja con usted, con Aetna Better Health of Ohio y con sus proveedores de atención médica para garantizar que usted reciba la atención que necesita. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Administración de la atención: un proceso para coordinar y planificar su atención y servicios a fin de que reciba lo que necesita para alcanzar sus mejores niveles de salud y de funcionamiento. Usted participa en el proceso de administración de la atención. También puede solicitar que incluyamos a otras personas, como su familia o cuidadores. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Apelación: una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Atención de urgencia: atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente y que necesite que se la traten. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Autorización previa: información sobre algunos servicios que su proveedor debe presentar ante Aetna Better Health of Ohio y solicitar aprobación para que usted reciba el servicio. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Aviso sobre prácticas de privacidad: un aviso por escrito que le informa sobre sus derechos a obtener información y a controlar cómo se utiliza su información de salud. También explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Costos totales de los medicamentos: monto de dinero que una persona paga por los medicamentos con receta, más el monto que paga el plan. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Declaración para el tratamiento de la salud mental: un tipo de instrucciones anticipadas. Presta atención más específica a la atención de la salud mental. Permite que una persona, mientras sea capaz, asigne a otra (denominado “apoderado”) para que tome decisiones en su nombre cuando no tenga la capacidad de hacerlo. Además, la declaración puede enumerar determinados deseos respecto al tratamiento. La persona puede manifestar sus preferencias sobre medicamentos y tratamiento, y sobre su ingreso y permanencia en un centro. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Defensor del pueblo de MyCare Ohio: el personal del Departamento para las Personas de Edad Avanzada de Ohio que ayuda con inquietudes sobre cualquier parte de su atención. Existe ayuda disponible para resolver diferencias con proveedores, proteger los derechos de los miembros y presentar reclamos o apelaciones ante nuestro plan. El Defensor del pueblo de MyCare Ohio trabaja junto a la Oficina del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado, que defiende a los consumidores que reciben servicios y apoyos a largo plazo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Determinación de cobertura: una decisión de Aetna Better Health of Ohio sobre sus beneficios, y servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud y medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Directorio de proveedores y farmacias: un documento que detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health of Ohio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para piernas, brazos y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales, y dispositivos para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

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

- Ponga la salud de la persona en grave peligro.
- Un grave deterioro de las funciones corporales. O bien
- Cause una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo, o, en el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto en un momento en que algo de lo siguiente podría ocurrir:
 - Que no haya suficiente tiempo para trasladar de manera segura a la miembro a otro hospital antes del parto.
 - Que el traslado pueda poner en riesgo la salud o la seguridad de la miembro o del feto. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos productos que su médico solicita para que use en el hogar. Algunos ejemplos de estos productos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Estudio de investigación clínica: un estudio de investigación clínica (también conocido como un ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que ayuden en el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Explicación de beneficios: documento que le informa la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre *la Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Muestre su identificación de miembro de Aetna Better Health of Ohio cuando obtenga servicios o medicamentos con receta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

Farmacias de la red: farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan a nosotros directamente los medicamentos con receta que usted recibe. Cuando usa una farmacia de la red, no paga nada por los medicamentos con receta. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Hospicio: programa de atención y apoyo destinado a ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Un inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Aetna Better Health of Ohio debe proporcionarle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health of Ohio para obtener más información sobre cómo Aetna Better Health of Ohio protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Instrucciones anticipadas: documento que les indica a su proveedor de atención médica y a su familia el tipo de atención médica que desea recibir si está demasiado enfermo para tomar decisiones de atención médica por usted mismo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Lista de medicamentos cubiertos: también denominada “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. En la Lista de medicamentos también se indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Manejo del tratamiento farmacológico (MTM): programas desarrollados por un equipo de farmacéuticos y médicos para las personas que cumplen ciertos requisitos para sus costos de medicamentos cubiertos totales, afecciones médicas que tengan y cuántos medicamentos diferentes toman. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros utilicen los medicamentos que funcionen mejor para tratar sus afecciones médicas. Los programas también ayudan a los miembros a evitar potenciales problemas relacionados con los medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Medicaid: programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Medicamento necesario: significa que usted necesita servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o un hogar de convalecencia. También incluye los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier droga o medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de salud.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal). Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 1.

Niveles del medicamento: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles del medicamento. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los tres (3) niveles.

Orden de no reanimar (DNR): un tipo de instrucciones anticipadas que emite un médico o, en determinadas circunstancias, un profesional en enfermería certificado o especialista en enfermería clínica. Identifica a la persona e indica que no se debe aplicar reanimación cardiopulmonar (RCP) a dicha persona. RCP significa reanimación cardiopulmonar o una parte de la reanimación cardiopulmonar, pero no incluye la limpieza las vías aéreas de una persona para un propósito distinto a ser parte de la RCP. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Período de transición: período después de inscribirse en nuestro plan, durante el que puede seguir consultando a sus proveedores fuera de la red actuales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Plan de atención: el plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes mediante empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para cubrir los beneficios de Medicare.

Poder duradero: un tipo de instrucciones anticipadas. Un poder duradero para la atención médica es diferente de los demás tipos de poderes. Le permite elegir a alguien para que lleve adelante sus deseos de atención médica. La persona actúa en su nombre si usted no puede hacerlo. Podría ser para un período corto o largo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

Proveedores: médicos, enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2.

Proveedores de la red: proveedores que trabajan con nuestro plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si tiene una responsabilidad del paciente para los servicios de un centro de atención de enfermería o de exención. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Queja: cualquier expresión de insatisfacción, escrita o verbal, suya o de su representante (incluida la autorización de un proveedor por escrito para actuar en su nombre), incluidos los reclamos, sobre cualquier asunto que no sea una determinación de cobertura (acción), independientemente de si se puede tomar una acción reparadora. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Revisión de nuevo tratamiento médico: proceso mediante el cual un equipo de proveedores revisa nuevos métodos de atención médica. Ellos deciden si deben convertirse en servicios cubiertos siguiendo los siguientes pasos:

- Estudiamos el objetivo de cada tratamiento nuevo.
- Revisamos estudios e informes médicos.
- Determinamos el impacto de un tratamiento nuevo.
- Desarrollamos pautas sobre cómo y cuándo usar el tratamiento nuevo.

Los servicios y tratamientos que se están investigando y estudiando no son servicios cubiertos.

Servicios: atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Servicios cubiertos: atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios que paga nuestro plan. Los servicios de atención médica y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Testamento vital: un tipo de instrucciones anticipadas. Este formulario le permite poner por escrito sus deseos sobre su atención médica. Puede elegir lo que le gustaría recibir si estuviese demasiado enfermo como para expresar sus deseos. Puede indicar cuándo le gustaría que se le suministraran alimentos y agua de manera artificial, o cuándo no. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio

LLAME AL	1-855-364-0974. Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Ohio 7400 W. Campus Road, Mail Code: F494 New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Ohio



[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/ohio)