Manual para miembros de SoonerSelect de 2025
Aetna Better Health® of Oklahoma
Obtenga más información sobre sus beneficios de atención médica

SoonerSelect | aetna®

AetnaBetterHealth.com/Oklahoma

4520048-01-01 (02/2025)

Aetna Better Health® of Oklahoma

You can get this handbook and other plan information in large print for free. To get materials in large print, call Member Services toll-free at **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

If English is not your first language (or if you are reading this on behalf of someone who doesn't read English), we can help. Call **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. You can ask us for the information in this handbook in your language for free. We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language.

Si el inglés no es su lengua materna (o si está leyendo esto en representación de alguien que no lee inglés), podemos ayudarle. Comuníquese con **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Puede solicitar la información de este manual en su idioma. Tenemos acceso a servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder a sus preguntas en su idioma.

Su Guía de referencia rápida de Aetna Better Health® of Oklahoma

QUIERO:	PUEDO PONERME EN CONTACTO CON:
Encontrar un médico, especialista o servicio de atención médica	Mi proveedor de atención primaria (PCP) es el médico de cabecera que me atiende. Para obtener ayuda sobre la elección de mi PCP, puedo llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711).**
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.
Llevar un mejor registro de mis citas y servicios de salud	Mi PCP o el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.
Obtener ayuda para ir y regresar de mis consultas médicas	Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. También puedo encontrar más información sobre los servicios de transporte en este manual en la página 41.
Obtener ayuda para controlar mi estrés o ansiedad	Línea de Vida de Salud Mental de Oklahoma al número gratuito **988**, en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si estoy en peligro o necesito atención médica inmediata, llamaré al **911**.
Obtener respuestas a preguntas sencillas o dudas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de enfermería al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o hable con su PCP.
• Entender una carta o aviso que recibí por correo de mi plan de salud • Presentar un reclamo sobre mi plan de salud • Obtener ayuda con un cambio reciente o una denegación de mis servicios de atención médica	Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Actualizar mi dirección o información personal	Llame a la Línea de Ayuda de SoonerCare al número gratuito **1-800-987-7767** o visite **www.MySoonerCare.org**.
Encontrar el directorio de proveedores de mi plan u otra información general sobre mi plan	Visite el sitio web de su plan en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Palabras clave utilizadas en este manual

Al leer este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando las usamos.

Abuso: Prácticas de proveedores o miembros que resultan en un costo innecesario para el programa de Medicaid o en el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios.

Administrador de Atención: Un profesional de salud especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Adulto en Expansión: Una persona entre 19 y 64 años, con ingresos iguales o por debajo del 138% del nivel federal de pobreza, y que se determina elegible para Medicaid.

Adulto sin Expansión: Un adulto que reúne los requisitos para el programa Medicaid de Oklahoma y cumple con la calificación para elegibilidad, tales como mujeres embarazadas y padres/cuidadores de dependientes menores de 19 años que cumplen con los límites de ingresos.

Afección Médica de Emergencia: Una situación en la que su vida podría estar en peligro o podría sufrir lesiones permanentes si no recibe atención de inmediato (como un ataque al corazón o una fractura de huesos).

Apelación Acelerada (más rápida): Si su plan de salud ha tomado una decisión sobre la reducción, interrupción o restricción de sus servicios de atención médica y usted cree que esperar 30 días para una decisión de apelación perjudicará su salud, esta es una solicitud para revisar la decisión en un plazo de 72 horas.

Apelación Estándar: Una solicitud al plan de salud para revisar una decisión que tomó el plan sobre la reducción, interrupción o restricción de sus servicios de atención médica. Su plan decidirá sobre su apelación dentro de los 30 días.

Apelación: Una solicitud al plan de salud para revisar una decisión que tomó el plan sobre la reducción, interrupción o restricción de sus servicios de atención médica.

Atención de Enfermería Especializada: Atención que requiere la habilidad de una enfermera con licencia.

Atención en la Sala de Emergencias: La atención que recibe en un hospital si sufre una afección médica de emergencia.

Atención Especializada: Atención avanzada médicamente necesaria centrada en afecciones de salud específicas o brindada por un especialista.

Atención Hospitalaria para Pacientes Externos: Atención que recibe en un hospital o centro médico sin ser ingresado o por una estancia de menos de 24 horas (incluso si esta estancia se produce durante la noche).

Atención Médica a Domicilio: Ciertos servicios que recibe fuera de un hospital o un hogar de convalecencia para ayudarle con las actividades de la vida diaria, como los servicios de asistencia médica a domicilio o de enfermería especializada.

Atención Urgente: Atención para una afección de salud que necesita atención médica inmediata, pero que no es una afección médica de emergencia. Puede recibir atención urgente en una clínica sin cita previa para una enfermedad o lesión que no ponga en peligro la vida (como una gripe o un esguince de tobillo).

Audiencia Imparcial del Estado: Si no está satisfecho con la decisión final que ha tomado su plan de salud sobre su apelación, puede solicitar una audiencia para presentar su caso ante un juez de derecho administrativo.

Autorización Previa (PA) (o Preautorización): La aprobación necesaria de su plan antes de que pueda obtener ciertos servicios de atención médica o medicamentos.

Aviso de Resolución Adversa: Información escrita que el plan le envía si se deniega su apelación.

Aviso de Resolución: Información escrita que el plan le envía cuando se ha tomado una decisión para su apelación o queja.

Beneficios Excluidos: Servicios o beneficios que no están cubiertos por el plan de salud.

Beneficios: Servicios médicos y de salud conductual cubiertos por su plan de salud.

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

Copago: Una tarifa que usted debe pagar cuando obtiene ciertos servicios de atención médica o una receta.

Despilfarro: El uso excesivo o indebido de los servicios de atención médica que aumenta los costos de Medicaid.

Determinación Adversa de Beneficios: Una decisión que puede tomar su plan para reducir, detener o restringir sus servicios de atención médica.

Emergencia de Salud Conductual: Una situación en la que existe un alto riesgo de comportarse de una manera que podría resultar en un daño grave o la muerte de sí mismo u otros.

Equipo Médico Duradero: Ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que su médico puede ordenar que utilice si tiene una enfermedad o lesión.

Especialista: Médico capacitado y que ejerce en un área específica de la medicina.

Fraude: Un engaño intencional o una declaración falsa realizada por una persona que da lugar a algún beneficio no autorizado para sí misma o para otra persona.

Hospitalización: Ingreso a un hospital para tratamiento que dura más de 24 horas.

Indígena americano/Nativo de Alaska (AI/AN): Una persona que es miembro de una tribu Indígena Americana reconocida a nivel federal; una persona que reside en un centro urbano y reúne los requisitos para ser miembro de una tribu Indígena Americana, Nativo de Alaska o se considera Indígena americano según las regulaciones federales; o considerado por el gobierno federal como un Indígena americano para cualquier propósito. AI/AN puede usarse para referirse a esta población.

Instrucción Anticipada: Un conjunto de instrucciones que usted da sobre la atención médica y de salud conductual que desearía si alguna vez perdiera la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Puede incluir un testamento vital, la asignación de un apoderado para la atención médica o ambas cosas.

Medicaid: Un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar por atención médica. Por ejemplo, el plan de SoonerSelect es un programa de salud de Medicaid que paga la cobertura médica.

Médicamente Necesario: Servicios o tratamientos médicos que necesita para estar y mantenerse saludable. Los servicios deben seguir las normas y pautas de prevención, diagnóstico o tratamiento de síntomas de enfermedad, afección o discapacidad.

Medicamentos con Receta: Un medicamento que, por ley, requiere receta médica.

Miembro: Una persona inscrita y cubierta por un plan de salud.

Oklahoma Health Care Authority (OHCA): La agencia estatal de Medicaid en Oklahoma y la agencia que supervisa el programa de SoonerSelect.

Plan (o Plan de Salud): La empresa que le proporciona cobertura de seguro de salud. Su plan de salud es Aetna Better Health.

Prima: Un pago mensual realizado por la cobertura del seguro de salud. No tiene una prima en el programa de SoonerSelect.

Proveedor de Atención Médica para Personas Indígenas (IHCP): Programa de atención médica operado por Servicio de Salud Indígena o por una tribu Indígena Estadounidense, una organización tribal o una Organización Indígena Urbana. IHCP puede usarse para referir a este tipo de proveedor. Cualquier persona que sea Indígena americano o Nativa de Alaska (AI/AN) puede elegir un IHCP como su proveedor de atención primaria.

(en general) **Proveedor de Atención Primaria:** Un médico capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar una amplia variedad de enfermedades y lesiones en la población general.

(específicamente para usted) **Proveedor de Atención Primaria (PCP):** El proveedor de salud que atiende y coordina todas sus necesidades de salud, incluyendo remisiones y autorizaciones previas. Su PCP es normalmente la primera persona con la que debe ponerse en contacto si necesita atención de salud. Su PCP puede ser un médico, incluido un obstetra/ginecólogo, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o una enfermera partera certificada. Si usted es Indígena americano o Nativo de Alaska (AI/AN), puede elegir un Proveedor de Atención Médica para Personas Indígenas como su PCP.

Proveedor No Participante/Proveedor Fuera de la Red: Un médico u otro proveedor que no ha realizado un contrato con el plan de salud ni está empleado por éste para prestar servicios en el marco del programa de SoonerSelect.

Proveedor Participante: Un médico u otro proveedor, incluida una farmacia, contratado o empleado por el plan de salud para prestar servicios en el marco del programa de SoonerSelect.

Proveedor: Un profesional de salud o un centro que brinda servicios de atención médica, tales como un médico, un hospital o una farmacia.

Queja: Un reclamo que puede presentar si tiene un problema con su plan de salud, proveedor, atención o servicios.

Red (o red de proveedores): Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros profesionales de salud que tienen un contrato con su plan de salud para prestar servicios de atención médica a sus miembros.

Remisión Fuera de la Red: Si su plan de salud no tiene el especialista que necesita en su red de proveedores, es posible que encuentren uno para que usted lo visite y que esté fuera de su plan de salud.

Seguro de Salud: Un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Servicios de Emergencia: Servicios que recibe para evaluar, tratar o estabilizar su afección médica de emergencia.

Servicios de Hospicio: Servicios especiales para pacientes y sus familiares durante las fases finales de la enfermedad. Los servicios de hospicio incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos y sociales que apoyan a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.

Servicios de Salud Conductual: Servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos de salud mental (bienestar emocional, psicológico y social) y de uso de sustancias (alcohol y drogas).

Servicios Médicos: Los servicios prestados por una persona con licencia según la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, pero no los servicios ofrecidos por los médicos mientras usted esté hospitalizado.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida de cada día.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: Servicios y equipos de atención médica que le ayudan a recuperar habilidades, capacidades o conocimientos que pueden haberse perdido o visto comprometidos a causa de una enfermedad, un accidente, una lesión o una intervención quirúrgica. Estos servicios pueden incluir terapia física o del habla o servicios de rehabilitación conductual.

Transporte Médico de Emergencia: Transporte en ambulancia al hospital o centro médico más cercano por una afección médica de emergencia.

Transporte Médico que No Es de Emergencia: Transporte que su plan puede organizar para ayudarle a ir y venir de sus citas, lo que incluye vehículos personales, taxis, camionetas, minibuses y transporte público.

Uso de Sustancias: Una afección que incluye el mal uso o adicción al alcohol y/o drogas legales o ilegales.

Bienvenido al Programa

de Aetna Better Health of Oklahoma

Cómo Funciona SoonerSelect 5

El plan, nuestros proveedores y usted 5

Cómo utilizar este manual 6

Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros 6

Otras Maneras en que Podemos Ayudar 7

Servicios y Ayudas Auxiliares 7

Cómo hacerse miembro del programa de SoonerSelect 8

Cómo hacerse miembro de Aetna Better Health 8

Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud 9

PARTE I: LO PRIMERO QUE DEBE SABER 11

Cómo elegir su PCP 11

Cómo cambiar de PCP 13

Cómo obtener atención médica regular 13

Cómo obtener atención especializada: remisiones 16

Segunda opinión médica 18

Proveedores Fuera de la Red 18

Obtenga Estos Servicios de Aetna Better Health Sin una Remisión 19

Emergencias 19

Atención de urgencia 20

Atención Fuera de Oklahoma 21

PARTE II: SUS BENEFICIOS 22

Cómo Determinar si es un Adulto en Expansión o un Adulto sin Expansión 22

Beneficios 22

Servicios Cubiertos por la Red de Aetna Better Health 23

Farmacia 37

Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias) 38

Servicios de transporte 41

Otros Servicios Cubiertos 42

Ayuda Adicional para Controlar su Salud 47

Ayuda para Problemas Más Allá de la Atención Médica 48

Otros programas para ayudarle a mantenerse saludable 49

Beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) 50

Servicios No Cubiertos 50

Si Recibe una Factura 51

Copagos de los Miembros del Plan 52

Sus Copagos en el Plan 53

PARTE III: PROCEDIMIENTOS DEL PLAN 55

Programa de Bloqueo de Farmacia 55

Autorización Previa y Medidas 55

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años 56

¿Qué Sigue Después de que Recibamos su Solicitud de Autorización Previa? 56

Autorización previa y plazos 57

Cómo puede ayudar con las políticas del plan 58

Apelaciones 58

Más Información sobre las Apelaciones 59

Nuestra Decisión sobre Su Apelación 60

Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Apelación 60

Audiencias Imparciales del Estado 60

Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial del Estado 61

Solicite una Audiencia Imparcial del Estado 61

Si Tiene Problemas con Su Plan de Salud 62

Si No Está Contento con Su Plan: Cómo presentar una queja 63

¿Qué sucede después? 63

Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos 63

Derechos y responsabilidades del miembro 65

Sus derechos 65

Sus responsabilidades 65

Opciones de Cancelación de Inscripción 66

Si Desea Abandonar el Plan 66

Puede Dejar de Ser Elegible para SoonerSelect 67

Podemos Pedirle que Abandone Aetna Better Health 68

Instrucciones anticipadas 68

Testamento Vital 69

Poder Notarial de Atención Médica 69

Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental 70

Fraude, Uso Indebido y Abuso 70

Manténganos Informados 71

PARTE IV: INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y BIENESTAR 73

Salud Infantil 73

Atención Médica Preventiva para Adultos 74

Atención Hospitalaria 75

Atención de Rutina 75

Servicios de Salud Mental y de Abuso de Sustancias.....76

AETNA BETTER HEALTH® OF OKLAHOMA.....77

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....77

Bienvenido al Programa de SoonerSelect de Aetna Better Health

Este manual será su guía para la variedad completa de servicios de atención médica de Medicaid disponibles para usted. Si tiene preguntas sobre la información en su paquete de bienvenida, este manual o su nuevo plan de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma.** También podemos ayudarlo a programar una cita con su médico y brindarle más información sobre los servicios que puede obtener con su nuevo plan de salud.

Cómo Funciona SoonerSelect

El plan, nuestros proveedores y usted

- Muchas personas obtienen sus beneficios de salud a través de programas como SoonerSelect, que funciona como un hogar central para su salud. SoonerSelect ayuda a coordinar y gestionar todas sus necesidades de atención médica.
- Aetna Better Health tiene un contrato con la Oklahoma Health Care Authority (OHCA) para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid de Oklahoma. A su vez, nos asociamos con un grupo de proveedores de atención médica para que nos ayuden a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y otros centros de atención médica) forman nuestra red de proveedores. Encontrará una lista de proveedores participantes en nuestro directorio de proveedores. El directorio también incluye la siguiente información de los proveedores de la red:
  - Nombre, dirección y números de teléfono
  - Especialidad
  - El estado de la certificación del consejo
- Puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma** para obtener el directorio de proveedores en línea. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener una copia gratuita del directorio de proveedores.
- Cuando se inscribe en Aetna Better Health, nuestros proveedores están aquí para ayudarle. La mayoría de las veces, esa persona será su proveedor de atención primaria (PCP). El PCP es el proveedor de salud que se ocupa y coordina todas sus necesidades de salud, incluidas las remisiones y autorizaciones previas. Si necesita realizar alguna prueba, ver a un especialista o ingresar al hospital, su PCP puede ayudarle a gestionarlo.

- Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o los fines de semana, llame y deje un mensaje con información sobre cómo se le puede contactar. Su PCP se pondrá en contacto con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos puede acudir a ciertos médicos para algunos servicios sin consultar con su PCP. Consulte la página 11 para obtener más detalles.

Cómo utilizar este manual

Este manual le indicará cómo funcionará Aetna Better Health. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le indica los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas le dirán en forma inmediata lo que necesita saber. El resto del manual puede esperar hasta que lo necesite. Úselo como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, pregunte a su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. También puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma**.

Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo. Simplemente llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. También puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma**.

- Para obtener ayuda con problemas y preguntas que no sean de emergencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros durante las 24 horas, los 7 días de la semana, excepto el día después de Acción de Gracias y el Día de Martin Luther King Jr. en los que puede dejar un mensaje de voz para que le devuelvan la llamada en el plazo de 1 día hábil.
- En caso de una emergencia médica, llame al **911**.
- **Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda cuando tenga una pregunta.** Puede llamarnos para elegir o cambiar de PCP, para preguntar sobre beneficios y servicios, para obtener ayuda con las remisiones, para reemplazar una tarjeta de identificación perdida, para informar del nacimiento de un nuevo bebé o para preguntar sobre cualquier cambio que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está embarazada o queda embarazada, su bebé pasará a formar parte de Aetna Better Health el día que nazca. Si se queda embarazada, llame a su plan para elegir un médico para usted y su bebé antes de que este nazca.

- **Si el español no es su lengua materna (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no lee español), podemos ayudarle.** Queremos que sepa cómo usar su plan de atención médica, sin importar el idioma que hable. Simplemente llámenos y encontraremos la manera de hablar con usted en su propio idioma. Tenemos un equipo de personas que le pueden ayudar sin costo.

Otras Maneras en que Podemos Ayudar

- Si tiene preguntas básicas o inquietudes sobre su salud, puede llamar a nuestra Línea de Enfermería al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede recibir consejos sobre cuándo acudir a su PCP o hacer preguntas sobre síntomas o medicamentos.
- Si está sufriendo angustia emocional o mental, llame a la Línea de Vida de Salud Mental de Oklahoma al número gratuito **988** en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para hablar con alguien que le escuchará y ayudará. Estamos aquí para ayudarle con problemas como el estrés, la depresión o la ansiedad. Podemos ponerle en contacto con la ayuda que necesita para sentirse mejor. **Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911.**

- **Para personas con discapacidades:** Si usa una silla de ruedas o tiene problemas para oír o comprender, llámenos si necesita ayuda adicional. Si está leyendo esto en nombre de alguien que es ciego, sordociego o tiene dificultades para ver, también podemos ayudarlo. Podemos indicarle si el consultorio de un médico tiene acceso para sillas de ruedas o si está equipado con dispositivos especiales de comunicación. Además, contamos con servicios como los siguientes:
  - Dispositivo TTY. Nuestro número de teléfono TTY gratuito es **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.
  - Información en letra grande.
  - Ayuda para programar o acudir a las citas.
  - Nombres y direcciones de médicos que se especializan en su afección.

Servicios y Ayudas Auxiliares

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan, atención y servicios de salud en un formato que pueda comprender y acceder. Aetna Better Health ofrece servicios gratuitos para ayudar a las personas a comunicarse eficazmente con nosotros, como:

- Un dispositivo TTY. Nuestro número de teléfono TTY gratuito es **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

- Intérpretes calificados de Lengua de Señas.
- Subtítulos.
- Información escrita en otros formatos (como braille, letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros formatos).

Estos servicios están disponibles para los miembros de forma gratuita. Para solicitar ayuda o servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Aetna Better Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Aetna Better Health no discriminará a nadie debido a la atención frecuente o de alto costo, el estado de salud o la necesidad de servicios de atención médica, o debido a un cambio adverso en la inscripción, cancelación de la inscripción o reinscripción con Aetna Better Health. Si cree que Aetna Better Health falló en prestar estos servicios, puede presentar una queja o una apelación. Para presentar una queja o una apelación, u obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Cómo hacerse miembro del programa de SoonerSelect

Como indio estadounidense/nativo de Alaska (AI/AN), puede cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect por cualquier motivo. Como persona AI/AN, si elige no inscribirse o decide posteriormente cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect, podrá volver a inscribirse durante el siguiente período de inscripción abierta. Los períodos de inscripción abierta ocurren aproximadamente cada 12 meses.

Todas las demás personas que se determinen elegibles para SoonerCare y el programa de SoonerSelect serán inscritas en el programa de SoonerSelect a través de SoonerCare. No puede cancelar su inscripción en el programa de SoonerSelect, pero puede cambiar los planes de salud como se explica a continuación.

Cómo hacerse miembro de Aetna Better Health

Como una persona AI/AN, si elige inscribirse en el programa de SoonerSelect, tendrá la opción de elegir su plan de salud cuando se inscriba por primera vez y durante los períodos de inscripción abierta. Si opta por el programa de SoonerSelect y no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar su inscripción de su plan de salud asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento dentro de los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud. También puede cambiar de plan durante el período anual de inscripción abierta.

Todas las demás personas que estén inscritas en el programa de SoonerSelect tendrán la opción de elegir un plan de salud cuando se inscriban por primera vez y durante el período anual de inscripción abierta. Si no elige un plan de salud, SoonerCare le asignará uno. Puede cancelar su inscripción de su plan de salud asignado y elegir un plan de salud diferente en cualquier momento dentro de los primeros 90 días después de que comiencen los beneficios de su plan de salud o durante el período de inscripción abierta.

Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud

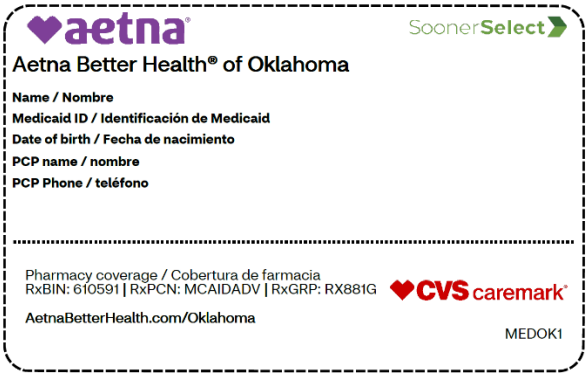
Su tarjeta de identificación de Aetna Better Health se le enviará por correo 7 días después de que se inscriba en su plan de salud. Usaremos la dirección postal registrada en Oklahoma Health Care Authority. Tendrá su número de identificación de Medicaid e información sobre cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Su tarjeta de identificación tendrá la información de reclamaciones de Aetna Better Health para que la utilicen los proveedores. Si hay algún problema en su tarjeta de identificación de Aetna Better Health, llámenos de inmediato. Si pierde su tarjeta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Lleve siempre su tarjeta de identificación y muéstrela cada vez que vaya a recibir atención médica.

Su tarjeta de identificación de miembro también incluirá el nombre de su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Si no seleccionó un PCP o si no pudimos asignarle el PCP que deseaba, se le asignará automáticamente un PCP para sus consultas de atención primaria y por enfermedad.

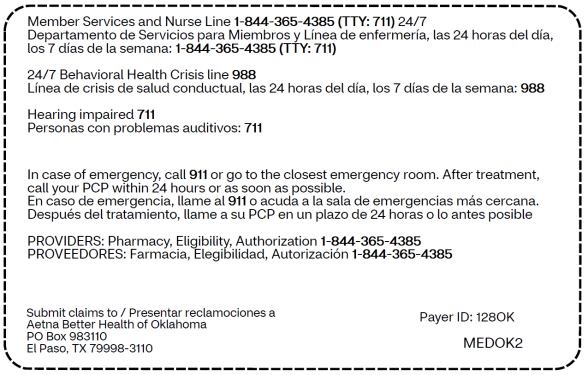
Si no quiere consultar al PCP que le hemos asignado automáticamente y desea seleccionar uno nuevo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Si necesita acudir al médico antes de haber recibido su tarjeta de identificación, puede descargar nuestra aplicación móvil. Regístrese en la aplicación con el número de identificación de su tarjeta de identificación de Medicaid del estado. Este número será el mismo que el de su identificación de miembro para Aetna Better Health. Puede acceder a su tarjeta de identificación digital desde la aplicación móvil.

Modelo de la tarjeta de identificación:

Anverso



Reverso



Aplicación móvil para miembros

Con la aplicación móvil de Aetna Better Health, puede acceder a pedido a las herramientas que necesita para mantenerse saludable. Encuentre un médico, solicite o vea su tarjeta de identificación de miembro del Plan o cambie su PCP en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Para obtener la aplicación móvil, puede descargarla de la tienda de aplicaciones de Apple o en Google Play Store. Busque “Aetna Better Health” para encontrar la aplicación. La descarga y el uso son gratuitos. Esta aplicación está disponible en determinados dispositivos y sistemas operativos (SO).

Funciones de la aplicación móvil

- Buscar un proveedor.
- Ver o solicitar su tarjeta de identificación de miembro del Plan.
- Hablar con el personal de enfermería.
- Cambiar de PCP.
- Ver sus reclamaciones y recetas.
- Enviar mensajes al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.
- Actualizar su número de teléfono, dirección y otros datos importantes del miembro.

PARTE I: Lo primero que debe saber

Cómo elegir su PCP

- Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro tipo de proveedor que cuidará de su salud, coordinará sus necesidades y le ayudará a obtener autorización para servicios especializados si los necesita. Hay muchos tipos de proveedores de atención médica. El suyo puede ser un médico de medicina general o de familia, medicina interna, pediatría o un Proveedor de Atención Médica para Personas Indígenas. Cuando se inscriba en Aetna Better Health, tendrá la oportunidad de elegir su propio PCP. Para elegir su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Si no selecciona un PCP o si no podemos asignarle el PCP que eligió, elegiremos uno por usted. Si elegimos un proveedor para usted, trataremos de elegir un proveedor al que haya acudido antes. El proveedor que elijamos para usted estará cerca de su domicilio. (Consulte "Cómo Cambiar su PCP" para saber cómo puede hacerlo).
- A la hora de decidirse por un PCP, es aconsejable encontrar uno que:
  - Haya visto anteriormente;
  - Comprenda sus necesidades de salud;
  - Acepte pacientes nuevos;
  - Pueda atenderle en su idioma; y
  - Sea fácil para llegar.
- Cada miembro de la familia inscrito en Aetna Better Health puede tener un PCP diferente, o puede elegir un PCP para que atienda a toda la familia. Un pediatra trata a niños desde su nacimiento hasta los 18 años. Los médicos de familia tratan a toda la familia. Los médicos de medicina interna tratan a adultos mayores de 19 años. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener ayuda para elegir un PCP que sea adecuado para usted y su familia. Puede cambiar su PCP en cualquier momento por otro proveedor de nuestra red.
- Puede encontrar la lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otras entidades que colaboran con Aetna Better Health en nuestro directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma** para consultar el directorio de proveedores en línea. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener una copia del directorio de proveedores.
- El directorio de proveedores en línea enumera información de todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono,

especialidades y calificaciones, estado de certificación de la junta y más. También puede buscar a nuestros proveedores en el sitio web de HealthGrades.com para obtener más información, como la facultad de medicina a la que asistieron y la finalización de la residencia.

- Las mujeres pueden elegir a un obstetra/ginecólogo como su PCP, pero no es obligatorio. Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para consultar a un obstetra/ginecólogo u otro proveedor que ofrezca servicios de atención médica para mujeres. Las mujeres pueden obtener los controles de rutina, atención de seguimiento si es necesario y atención regular durante el embarazo.
- Si tiene una afección de salud compleja o una necesidad de atención médica especial, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con este asunto. El Departamento de Servicios para Miembros recopilará información sobre su solicitud para que la revise nuestro equipo de atención, que se comunicará con usted para analizar sus necesidades.

  Es posible que se le requiera a un especialista que actúe como PCP, si se cumplen las siguientes condiciones:

  - Una afección médica crónica y compleja que requiere la atención de un especialista durante un período prolongado y excede la capacidad del PCP no especialista (es decir, miembros con discapacidades neurológicas complejas, trastornos pulmonares crónicos, VIH/SIDA, afecciones oncológicas/hematológicas complejas, fibrosis quística, etc.).
  - La afección médica es potencialmente mortal o tan degenerativa e incapacitante en su naturaleza que justifica que un especialista actúe como PCP.
  - En situaciones excepcionales en las que terminar la relación entre el médico y el miembro impediría el acceso a la atención o a los servicios adecuados, o terminaría una relación terapéutica que se ha construido con el transcurso del tiempo.
  - El director médico (CMO) de Aetna Better Health of Oklahoma revisará la solicitud para que un especialista actúe como PCP y tendrá la autoridad para tomar la decisión final.
- Si su proveedor deja Aetna Better Health, le informaremos dentro de los 15 días posteriores a la fecha en que nos enteramos. Si el proveedor que deja Aetna Better Health es su PCP, nos comunicaremos con usted para ayudarlo a elegir otro PCP. En algunos casos, es posible que se pueda seguir atendiendo con su proveedor durante un tiempo o hasta que se le pueda asignar un proveedor nuevo para mantener su atención. Puede

llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** si tiene preguntas sobre esto.

- Si usted es indio estadounidense/nativo de Alaska, puede elegir un Proveedor de Atención Médica para Personas Indígenas como su PCP, pero no es necesario que lo haga. El Centro Tribal/Proveedor Tribal presenta las reclamaciones para miembros que no son indios estadounidenses/nativos de Alaska que reciben servicios cubiertos directamente a la Oklahoma Health Care Authority (OHCA). OHCA revisará y pagará estas reclamaciones por servicios cubiertos al Centro Tribal/Proveedor Tribal. Si es miembro de Aetna Better Health y no es indio estadounidense/nativo de Alaska, trabaje con su proveedor para presentar su reclamación ante la OHCA. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385**.

Cómo cambiar de PCP

Cuando se inscriba en Aetna Better Health, si no selecciona un PCP para usted, nosotros elegiremos uno por usted. Ya sea que usted elija un PCP para usted o que Aetna Better Health elija un PCP para usted, puede cambiar su PCP en cualquier momento y ese cambio entrará en vigor inmediatamente. No es necesario que nos dé una razón para pedir el cambio. Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** y también puede cambiar su PCP iniciando sesión en nuestro portal seguro para miembros, **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma**.

Cómo obtener atención médica regular

- Atención médica regular significa exámenes, controles regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo sano, consejos cuando los necesite y remisiones al hospital o a especialistas cuando los necesite. Esto significa que usted y su proveedor de atención primaria (PCP) trabajan juntos para mantenerlo sano o para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

- De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP si tiene una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje con información detallada sobre cómo se le puede contactar. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

- Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una cita, es importante que le avise a su PCP tan pronto como lo sepa.

- **Cómo programar su primera cita regular de atención médica.** Cuando elija o se le asigne un PCP, llame para programar una primera cita. Hay

varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y sus necesidades de atención médica. Su PCP necesitará saber todo lo posible sobre su historial médico. Haga una lista de sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga ahora y las preguntas que quiera hacerle a su PCP. Lleve a la consulta todos los medicamentos y suplementos que esté tomando. En la mayoría de los casos, su primera visita debe ser dentro de los 3 meses posteriores a su inscripción en Aetna Better Health.

Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP le dará una cita más pronto. Aun así, debe acudir a la primera cita para hablar de sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Si necesita atención antes de elegir un PCP o antes de que le asignen uno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener ayuda.

- Es importante para Aetna Better Health que pueda visitar a un médico dentro de un período de tiempo razonable, según el motivo de la cita. Cuando llame para una cita, use la guía para citas a continuación para saber cuánto tiempo puede esperar para ser atendido.

Guía para citas	
SI LLAMA PARA ESTE TIPO DE SERVICIO:	**SU CITA DEBE REALIZARSE:**
PCP (servicios como controles médicos rutinarios o vacunas)	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. Dentro de las 72 horas para consultas médicas no urgentes. Dentro de las 24 horas para atención urgente.
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina.

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	Atención de maternidad: Primer trimestre: Dentro de 14 días calendario. Segundo trimestre: Dentro de 7 días calendario. Tercer trimestre: Dentro de los 3 días hábiles.
Especialidad	Dentro de los 60 días a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. Dentro de las 24 horas para atención urgente.
Salud mental	
Salud mental	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. Dentro de los 7 días para atención residencial y hospitalización. Dentro de las 24 horas para atención urgente. Para emergencias de salud mental, llame a la Línea de Vida de Salud Mental de Oklahoma al **988**.
Trastornos por Consumo de Sustancias	
Consumo de sustancias	Dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud de una cita de rutina. Dentro de los 7 días para atención residencial y hospitalización. Dentro de las 24 horas para atención urgente.

Si tiene problemas para recibir la atención que necesita dentro de los límites de tiempo descritos anteriormente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711).**

Telesalud

La telesalud consiste en audio y video interactivos. A través de la telesalud, usted puede acceder a proveedores en tiempo real. El servicio de telesalud no es una extensión de SoonerSelect, sino que es una forma diferente de ofrecer acceso a la atención médica de calidad a los miembros de SoonerSelect.

Su plan incluye la comodidad de la cobertura de telemedicina. Acceda virtualmente a proveedores de atención primaria (PCP) participantes dentro de la red, atención de médicos especialistas, clínicas de atención de urgencia, apoyo de salud mental y más.

Para participar, usted:

- Podrá recibir servicios de telesalud fuera de Oklahoma cuando sea médicamente necesario.
- Conserva el derecho de abandonar los servicios de telesalud en cualquier momento.
- Debe tener en cuenta que todas las actividades de telesalud deben cumplir con la norma de seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), la política de la OHCA y todas las demás leyes y reglamentaciones estatales y federales aplicables.

Si es padre, madre o tutor legal de un menor de edad, debe presentar a su hijo para recibir servicios a menos que esté exento por la ley estatal o federal.

Cómo obtener atención especializada: remisiones

- Si necesita atención especializada que su proveedor de atención primaria (PCP) no puede brindar, puede autorremitirse, o su PCP lo puede remitir a un especialista que sí pueda. Un especialista es un médico que está capacitado y que ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Es importante informarle a su PCP sobre cualquier atención que esté recibiendo de otro médico, para asegurarse de que pueda ayudarlo con cualquier autorización que pueda ser necesaria. Hable con su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones.
- Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente.
- Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe pedirle a Aetna Better Health que los apruebe antes de poder recibirlos. su PCP podrá decirle cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener una remisión que cree que necesita, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

- Si Aetna Better Health no tiene un especialista en nuestra red de proveedores que pueda brindarle la atención que necesita, lo remitiremos a un especialista fuera de nuestro plan. Esto se llama “remisión fuera de la red”. Su PCP u otro proveedor de la red deben solicitar la aprobación de Aetna Better Health antes de que pueda obtener una remisión fuera de la red.

  Cuando una necesidad de servicios no se puede cubrir a través de un proveedor contratado, Aetna Better Health autorizará el servicio a través de un proveedor fuera de la red.

- Su PCP se comunicará con nuestro Departamento de Servicios para Proveedores y le notificará la necesidad de salir de la red.
- El Departamento de Servicios para Proveedores negociará un acuerdo para los servicios necesarios.
- Se notificará a la red de proveedores para que se comunique con el proveedor fuera de la red para ver si está interesado en unirse a la red de Aetna Better Health of OK.
- Se transferirá a un proveedor de la red cuando el tratamiento o servicio se haya completado o la afección del miembro esté lo suficientemente estable para permitir la transferencia de la atención.
- Los servicios de transporte a citas fuera de la red, en caso de ser necesarios, están disponibles a través de nuestro proveedor.
- Es importante que obtenga la aprobación antes de acudir a un proveedor fuera de la red. Si no lo hace, puede haber una demora en los servicios y usted puede ser responsable de pagar los servicios.
- A veces, es posible que no aprobemos una solicitud fuera de la red porque tenemos un proveedor en la red de Aetna Better Health que puede tratarlo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 58 para saber cómo hacerlo.
- A veces, es posible que no aprobemos una solicitud fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó una atención que no es muy diferente de la que puede obtener de un proveedor de Aetna Better Health. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Consulte la página 58 para saber cómo hacerlo.

Si tiene una afección de salud compleja o una necesidad de atención médica especial, puede elegir a un especialista para que actúe como su PCP.

Es posible que se le requiera a un especialista que actúe como PCP, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Una afección médica crónica y compleja que requiere la atención de un especialista durante un período prolongado y excede la capacidad del PCP

no especialista (es decir, miembros con discapacidades neurológicas complejas, trastornos pulmonares crónicos, VIH/SIDA, afecciones oncológicas/hematológicas complejas, fibrosis quística, etc.).

- La afección médica es potencialmente mortal o tan degenerativa e incapacitante en su naturaleza que justifica que un especialista actúe como PCP.
- En situaciones excepcionales en las que terminar la relación entre el médico y el miembro impediría el acceso a la atención o a los servicios adecuados, o terminaría una relación terapéutica que se ha construido con el transcurso del tiempo.
- El director médico (CMO) de Aetna Better Health of Oklahoma revisará la solicitud para que un especialista actúe como PCP y tendrá la autoridad para tomar la decisión final.

Segunda opinión médica

Tiene derecho a recibir una segunda opinión como opción para una enfermedad, cirugía y/o para confirmar un tratamiento de atención que su proveedor le haya dicho que necesita. Comuníquese con su proveedor o con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda sobre cómo obtener una segunda opinión. Si no hay un proveedor adecuado para la segunda opinión disponible dentro de la red de Aetna Better Health, coordinaremos para que usted obtenga la segunda opinión fuera de nuestra red. Cuando las aprobamos, las segundas opiniones fuera de la red cuestan lo mismo que si el servicio se hubiera proporcionado dentro de la red.

Proveedores Fuera de la Red

Un proveedor participante es un médico u otro proveedor contratado por Aetna Better Health para brindar servicios bajo el programa de SoonerSelect. Un proveedor no participante es un médico u otro proveedor que no está contratado por Aetna Better Health para brindar servicios bajo el programa de SoonerSelect. Si no tenemos un proveedor en nuestra red que pueda brindarle la atención que necesita, le brindaremos la atención de un proveedor fuera de nuestro plan. Para recibir ayuda y más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Puede recibir servicios de planificación familiar (anticonceptivos) por parte de un médico que no sea médico de Aetna Better Health. No es necesario que obtenga una remisión de su PCP, pero debe visitar a un proveedor de Medicaid de Oklahoma. Si usted es AI/AN, puede recibir servicios de cualquier Proveedor de Atención Médica para Personas Indígenas (IHCP), incluso si el IHCP está fuera de la red.

Obtenga Estos Servicios de Aetna Better Health Sin una Remisión

No necesita una remisión para obtener estos servicios:

- Atención primaria
- Servicios de salud conductual
- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de la vista
- Servicios de emergencia
- Controles de bienestar infantil/Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Atención prenatal
- Proveedores del Departamento de Salud, incluidas las clínicas móviles
- Servicios prestados por planes de atención médica individual (IHCP) a los miembros del plan de salud para indios estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)

Emergencias

Si cree que tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si cree que tiene una emergencia de salud mental, llame al **988**.

No necesita la aprobación previa de su plan o PCP para recibir atención de emergencia y no está obligado a utilizar nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP a cualquier hora del día o de la noche. Dígale a la persona con la que hable lo que está sucediendo. El equipo de su PCP:

- Le dirá lo qué debe hacer en casa;
- Le dirá si debe ir al consultorio del PCP; o
- Le dirá si debe dirigirse a la sala de emergencias o la clínica de atención de urgencia más cercana.

Si se encuentra fuera del área cuando tenga una emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde: Utilice la sala de emergencias solo si tiene una emergencia. Si tiene alguna pregunta, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para

Miembros Servicios de Aetna Better Health al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Siempre tiene cobertura en los casos de emergencia. Una afección médica de emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada o podría resultar herido permanentemente si no recibe atención médica de inmediato. Algunos ejemplos de emergencia son:

- Un ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho.
- Sangrado que no para.
- Quemaduras graves.
- Huesos rotos.
- Dificultades para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Si cree que puede hacerse daño a sí mismo o a los demás.
- Si está embarazada y presenta signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos.
- Sobredosis de drogas.

Algunos ejemplos de casos que no son de emergencia son resfriados, malestar estomacal o pequeños cortes y moratones. Otras situaciones que no son de emergencia pueden ser problemas familiares o una ruptura sentimental. Estas situaciones pueden parecer una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias a menos que corra peligro inminente de sufrir daños.

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una urgencia, pero que requiera atención y cuidados inmediatos. Estas situaciones pueden ser las siguientes:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta a medianoche y no para de llorar.
- Síntomas de la gripe.
- Si necesita puntos.
- Un esguince de tobillo.
- Una astilla que no puede sacarse.

Puede acudir a una clínica de atención de urgencia para recibir atención el mismo día o programar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en casa o fuera, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llame al Departamento de Servicios para

Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Explique a la persona que responda lo que está ocurriendo. Ellos le dirán lo que tiene que hacer.

Atención Fuera de Oklahoma

- En algunos casos, Aetna Better Health puede pagar los servicios de atención médica que reciba de un proveedor ubicado más allá de la frontera de Oklahoma o en otro estado. Su PCP y Aetna Better Health pueden brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Oklahoma por su plan de salud y cómo puede obtenerlos, si es necesario. Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios, Aetna Better Health pagará su atención.
- Su plan de salud no pagará la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir atención fuera de Oklahoma o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

PARTE II: Sus Beneficios

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Proporciona una lista de los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene problemas con su plan de salud, el manual le indica qué hacer. El manual contiene otra información que puede resultarle útil. Téngalo a mano para cuando lo necesite.

Cómo Determinar si es un Adulto en Expansión o un Adulto sin Expansión

Los adultos que no participan en la expansión son personas que reúnen los requisitos para el programa Medicaid de Oklahoma y cumplen con la calificación para elegibilidad, como las que son elegibles para Medicare, las mujeres embarazadas o los cuidadores con necesidad de dependientes menores de 19 años que cumplen con los requisitos de ingresos enumerados en **https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html**.

Los adultos en expansión son personas que cumplen los requisitos de ingresos, tienen entre 19 y 64 años y se ha determinado que son elegibles para Medicaid, pero no cumplen los requisitos para personas mayores, ciegas o discapacitadas, cáncer de mama y de cuello de útero o Medicare. Ingresos elegibles significa que una persona gana el 138% o menos del nivel federal de pobreza. Consulte las pautas de ingresos en **https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysoonercare/apply-for-soonercare-online/eligibility/income-guidelines.html**.

Beneficios

SoonerSelect brinda beneficios o servicios de atención médica cubiertos por su plan.

Aetna Better Health proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios de salud que necesitará. Sus beneficios de salud pueden ayudarle a mantenerse lo más saludable posible si usted:

- Está embarazada;
- Está enfermo o herido;
- Padece un trastorno por consumo de sustancias o tiene otras necesidades de atención de salud conductual;
- Necesita ayuda para ir a la consulta del médico; o
- Necesita medicamentos.

La sección a continuación describe los servicios específicos cubiertos por Aetna Better Health. Pregúntele a su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Puede obtener algunos servicios sin acudir a su PCP. Entre ellos se incluyen la atención primaria, atención de emergencia, servicios de salud para la mujer, servicios de planificación familiar, servicios de detección infantil, servicios prestados en los departamentos de salud locales, servicios en los centros escolares y algunos servicios de salud conductual. Encontrará más información sobre estos servicios en la página 16.

Usted recibirá todos los beneficios dentales de SoonerSelect de un plan dental separado que usted elija. Sus opciones son DentaQuest (**1-833-479-0687** y TTY/TDY **1-800-466-7566**, número gratuito, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., hora del centro) y LIBERTY Dental (**1-888-700-1093**, número gratuito, de lunes a viernes de 06:00 a. m. 06:00 p. m., hora del centro). Aetna Better Health proporcionará el transporte a sus citas dentales. Consulte la página 41 para obtener más información sobre cómo programar el transporte.

Servicios Cubiertos por la Red de Aetna Better Health

En la mayoría de los casos, debe obtener los servicios a continuación de los proveedores que están en la red de Aetna Better Health. Los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados, coordinados o remitidos por su PCP. Hable con su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con algún servicio de salud.

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Enfermero Certificado de Práctica Avanzada (APRN)	Cubierto.	Cubierto: Cuatro (4) consultas para pacientes externos por mes.	Con cobertura: Cuatro (4) consultas para pacientes externos por mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Pruebas de alergias	Cubierto.	Cubierto. Limitado a 60 pruebas cada tres años. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. El límite se puede exceder según la necesidad médica.	
Tratamiento Alternativo para el Manejo del Dolor	Cubierto.	Terapia física en un centro fuera del hospital: a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. 12 horas al año requieren PA. Los servicios de quiropráctica se limitan a la manipulación manual de la columna vertebral para los miembros mayores de 21 años. a. Evaluación inicial cubierta sin PA. b. 12 consultas al año requieren PA. Los límites de PA pueden excederse según la necesidad médica.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Ambulancia o transporte de emergencia	Cubierto.		
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubierto.		
Cirugía bariátrica	Cubierto, al cumplir con los requisitos de evaluación prequirúrgica y pérdida de peso. Se requiere autorización previa.	Cubierto, al cumplir con los requisitos de evaluación prequirúrgica y pérdida de peso. No cubierto solo para el tratamiento de la obesidad. Se requiere autorización previa (PA).	
Enfermeros anestesistas registrados certificados y asistentes de anestesiólogo	Cubierto.		
Quimioterapia	Cubierto.		
Servicios clínicos	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Educación diabética	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente. Los límites pueden excederse según la necesidad médica y conforme a EPSDT.	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente.	Cubierto, 10 horas el primer año; 2 horas el año siguiente. Los límites pueden excederse según la necesidad médica.
Bombas de insulina para diabéticos	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Entidades de pruebas diagnósticas	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.		
Leche Humana de Donante	Cubierto durante el primer año de vida. Se requiere autorización previa.	No hay cobertura.	
Suministros y aparatos de equipos médicos duraderos	Cubierto. Requiere receta médica de un proveedor médico. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) y servicios de intervención temprana, incluido el historial de salud y vacunación; exámenes físicos, diversas evaluaciones de salud y asesoramiento; pruebas de laboratorio y de detección; atención de seguimiento necesaria; y servicios de análisis conductual aplicado (ABA)	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	No hay cobertura.	
Sala o departamento de emergencias	Cubierto.		
Atención de la vista para tratar una afección médica o quirúrgica	Cubierto.		
Servicios de planificación familiar	Cubierto.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Servicios de Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC) y clínicas de salud rurales	Cubierto.		
Asesoramiento y pruebas genéticas	Cubierto para miembros embarazadas y miembros que cumplan los criterios de necesidad médica. Puede requerir autorización previa (PA).		
Servicios auditivos	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	No hay cobertura.	
Servicios de atención médica a domicilio	Cubierto.		
Hospicio (no hospitalario)	Cubierto para miembros con una expectativa de vida de 6 meses o menos.	No hay cobertura.	Cubierto para miembros con una expectativa de vida de 6 meses o menos.
Vacunas	Cubierto.		
Terapia de infusión	Cubierto.	Cubierto cuando sea médicamente necesario y no se considere una parte compensable del procedimiento.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cubierto.	Cubierto: a. Servicios hospitalarios para pacientes internados (hospitalización): Sin límite. b. Servicios médicos para pacientes internados: Cubierto. c. Servicios quirúrgicos para pacientes internados: Sin límite. d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes internados: 90 días por persona y año fiscal estatal (SFY).	Cubierto: a. Servicios hospitalarios para pacientes internados (hospitalización): Sin límite. b. Servicios médicos para pacientes internados: Cubierto. c. Servicios quirúrgicos para pacientes internados: Sin límite. d. Servicios hospitalarios de rehabilitación para pacientes internados: 90 días por persona y SFY. Los límites de cantidad se pueden exceder según la necesidad médica.
Laboratorio, rayos X, diagnóstico por imagen e imágenes (TAC/PET y resonancias magnéticas)	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Consultora de lactancia (ayuda con la lactancia materna)	Cubierto para miembros embarazadas y en posparto.		
Alojamiento y comidas para el miembro del plan de salud y/o un acompañante médico autorizado	Cubierto. Servicios que requieren autorización previa.		
Hospital de atención a largo plazo para niños	Cubierto.	No hay cobertura.	
Mamografías	Cubierto.		
Servicios de trabajador social clínico materno infantil con licencia (LCSW)	Cubierto para miembros embarazadas y en posparto.		
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	Cubierto.		
Enfermeras parteras	Cubierto por EPSDT.	Cubierto.	
Servicios en Centros de atención de enfermería y Centros de atención intermedia para personas con trastornos intelectuales (ICF-IID)	Cubierto por hasta 60 días dependiendo de la determinación del nivel de atención.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Servicios de nutrición (dietista)	Cubierto (incluye dietista y asesoramiento nutricional).	Cubierto hasta 6 horas al año. No están cubiertos los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad. Los servicios deben ser para diagnosticar, tratar o prevenir, o minimizar los efectos de una enfermedad.	Cubierto hasta 6 horas al año. No están cubiertos los servicios nutricionales para el tratamiento de la obesidad. Los servicios deben ser para diagnosticar, tratar o prevenir, o minimizar los efectos de una enfermedad. Los límites pueden excederse según la necesidad médica.
Órtesis	Cubierto.	No hay cobertura.	Cubierto sin limitaciones cuando sea médicamente necesario.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos para pacientes externos	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
Nutrición parenteral/enteral (alimentación intravenosa y por sonda)	Cubierto. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa (PA).		
Atención personal	Cubierto.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Servicios de médico y auxiliar médico	Cubierto.	Cubierto. Límite de 4 visitas al mes (límite estricto).	Cubierto. Límite de 4 consultas al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Podología	Cubierto.	Cubierto. Todas las consultas de pacientes externos están sujetas al límite de 4 consultas al mes.	
Servicios de atención de posestabilización	Cubierto.		
Servicios de embarazo y maternidad: prenatal, parto y posparto	Cubierto.		
Atención preventiva y detección	Consulte la cobertura de EPSDT.	Se cubren los servicios hospitalarios para pacientes externos, otros servicios de laboratorio y rayos X, diagnóstico y tratamiento de afecciones detectadas, servicios clínicos, servicios de detección y servicios de rehabilitación. No existe un paquete independiente de beneficios de servicios preventivos para adultos que brinde cobertura para todos los servicios.	

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Atención de enfermería privada	Cubierto hasta 16 horas al día. Horas adicionales disponibles durante 30 días después de una estancia en el hospital o cuando el cuidador habitual no esté disponible. Servicios que requieren autorización previa.	No hay cobertura.	Este servicio se sustituye por el de enfermería especializada dentro de los beneficios de los servicios de atención a domicilio.
Dispositivos protésicos	Cubierto con autorización previa.	Cobertura limitada con autorización previa (PA) requerida. Solo se cubren las prótesis mamarias y los accesorios y dispositivos protésicos de soporte cuando forman parte de una intervención quirúrgica.	Cubierto con autorización previa (PA) sin limitaciones cuando sea médicamente necesario.
Servicios de clínicas de salud pública	Cubierto.	Cubierto: 4 consultas al mes.	Cubierto: 4 consultas al mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Radioterapia	Cubierto.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Cirugía reconstructiva	Cubierto. Puede requerir autorización previa.	Cubierto. La reconstrucción/implantación/extirpación mamaria no cosmética solo está cubierta cuando es resultado directo de una mastectomía médicamente necesaria. Puede requerir autorización previa (PA).	
Servicios en centros de diálisis renal	Cubierto.		
Costo rutinario del paciente en ensayos clínicos calificados	Cubierto en la medida en que la prestación del servicio estaría cubierta fuera de la participación en el ensayo clínico.		
Servicios de atención médica en centros escolares	Cubierto. Nota: Estos servicios están actualmente cubiertos por la OHCA.	No hay cobertura.	
Telesalud	Cubierto.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Servicios terapéuticos: Terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST)	PT/OT/ST: a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. El tratamiento requiere autorización previa (PA).	Servicios de rehabilitación: 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado: 45 consultas). a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. El tratamiento requiere autorización previa (PA).	Servicios de habilitación: 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado: 45 consultas). a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. El tratamiento requiere autorización previa (PA). Servicios de rehabilitación: 15 consultas al año por cada OT, PT y ST (total acumulado: 45 consultas). a. Evaluación inicial cubierta sin autorización previa (PA). b. El tratamiento requiere autorización previa (PA).
Servicios de trasplante de órganos	Cubierto con autorización previa (PA). Los trasplantes de córnea y riñón no requieren PA.		

Servicio	Niños (menores de 21 años)	Adultos sin expansión (desde los 21 años)	Adultos en expansión (desde los 21 años)
Centros o instalaciones de atención urgente	Cubierto.	Hasta 4 consultas para pacientes externos por mes.	Hasta 4 consultas para pacientes externos por mes. El límite se puede exceder según la necesidad médica.
Servicios de la vista	Cubierto con un límite de 2 marcos de lentes por año.	Cobertura solamente para tratar una afección médica o quirúrgica. Consulte los beneficios adicionales de Atención de la vista para adultos para conocer la excepción.	

Farmacia

Hable con su farmacéutico o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con sus servicios de farmacia.

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin expansión	Adultos en expansión
Medicamentos con receta	Cubierto.	Cubierto. 6 recetas al mes (incluye medicamentos especializados). 2 de cada 6 recetas pueden ser de marca al mes. Hasta 3 recetas en total pueden ser medicamentos de marca con autorización previa (PA) (dentro del límite de 6 recetas). Todos los medicamentos pueden ser genéricos. Algunos pueden requerir una autorización previa (PA).	
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Incluye lo siguiente: • Medicamentos/agentes utilizados para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. • Programas de tratamiento de opioides (OTP). • Los servicios de OTP requieren autorización previa (PA).		

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin expansión	Adultos en expansión
Productos para dejar de fumar (para ayudarle a dejar de consumir tabaco)	Los productos de terapia de reemplazo de nicotina (NRT) (incluidos parches, chicles, pastillas, inhaladores y aerosoles nasales) y Zyban®/bupropión para incluir la terapia combinada de estos productos están cubiertos. Chantix®/vareniclina está cubierto hasta 180 días cada 12 meses. Los productos para dejar de fumar están cubiertos sin límites de duración, PA o copago y no cuentan contra los límites de recetas mensuales. 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar con proveedores contratados al año.		
Suministros preferidos para diabéticos (insulina, jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas de insulina)	Cubierto.		
Suministros de planificación familiar	Cubierto.		
Nutrición enteral	Cubierto si se administra por gravedad, jeringa o bomba. Puede requerir autorización previa (PA).		

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) es la lista de medicamentos que cubrimos. Puede ayudarle a gestionar sus medicamentos. Consulte nuestro sitio web para averiguar qué medicamentos y productos están cubiertos por nuestra Lista de medicamentos preferidos (PDL) en **https://www.aetnabetterhealth.com/oklahoma/pharmacy-prescription-drug-benefits.html)**.

Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

La atención de salud conductual incluye servicios de salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y de tratamiento y rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas). Todos los miembros

tienen acceso a servicios que les ayuden con problemas de salud mental, como depresión o ansiedad, o con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios pueden incluir:

- Terapia asistida con medicamentos (MAT).
- Ayuda para dejar de fumar (para ayudarle a dejar el tabaco).
- Servicios de crisis de salud conductual.
- Si cree que necesita acceso a servicios de salud conductual más intensivos que su plan no ofrece, hable con su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin expansión	Adultos en expansión
Análisis conductual aplicado	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	
Servicios Certificados de Salud Conductual Comunitaria (CCBH)	Cubierto.		
Servicios de tratamiento diurno	Cubierto con autorización previa por un mínimo de 3 horas al día durante 4 días a la semana.	No hay cobertura.	
Hospital psiquiátrico independiente para pacientes internados	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	Entre 21 y 64 años: Cubierto con autorización previa. 60 días como máximo por episodio. Mayores de 65 años: Cubierto con autorización previa.	

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin expansión	Adultos en expansión
Hospital de cuidados agudos generales para pacientes internados	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Proveedor de salud conductual acreditado (puede facturar de forma independiente)	Cubierto.	No hay cobertura.	
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Cubierto. Incluye: • Suboxone® (películas sublinguales de buprenorfina/naloxona) • Vivitrol • Metadona		
Programas de tratamiento de opioides	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).		
Servicios de agencias de salud conductual para pacientes externos	Cubierto. Puede requerir autorización previa (PA).		
Hospitalización parcial	Cubierto con autorización previa por un mínimo de 3 horas al día durante 5 días a la semana.		
Servicios de apoyo a la recuperación entre pares	Cubierto para edades entre 16 y 21 años con autorización previa.	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	
Servicios del Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT)	Cubierto para edades entre 18 y 21 años.	Cubierto.	

Servicio	Niños (menores de 21)	Adultos sin expansión	Adultos en expansión
Centro de tratamiento residencial psiquiátrico	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	Cubierto para menores de 21 años. Se requiere autorización previa (PA).	
Psiquiatra	Cubierto.		
Psicólogo (que puede facturar de forma independiente)	Cubierto. Puede requerirse autorización previa (PA).		
Tratamiento por abuso de sustancias (para pacientes externos, pacientes internados y residencial)	Cubierto con autorización previa.		
Gestión de casos específicos	Cubierto.		
Servicios terapéuticos conductuales, apoyo familiar y capacitación	Cubierto para niños con trastorno emocional grave (SED) en un equipo integral de sistemas de atención.	No hay cobertura.	
Acogimiento terapéutico	Cubierto. Se requiere autorización previa (PA).	No hay cobertura.	

Servicios de transporte

- **Emergencia:** Si necesita transporte de emergencia (una ambulancia), llame al **911**.

- **No emergencia:** Aetna Better Health puede organizar y pagar su transporte para ayudarle a ir y regresar de sus citas para recibir atención cubierta por Medicaid. Este servicio es gratuito para usted. Si necesita que un asistente le acompañe a la cita con el médico, o si su hijo (menor de 18 años) es miembro del plan, el transporte también está cubierto para el asistente o el padre/madre, o tutor. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas, vehículos ambulatorios y transporte público.

Cómo obtener transporte que no es de emergencia. Si necesita transporte para recibir beneficios cubiertos, como servicios médicos, conductuales, de la vista y de farmacia, llame al proveedor de transporte de Aetna Better Health, ModivCare, al **1-877-718-4208**.

- Deberá llamar a ModivCare al **1-877-718-4208**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m. Llame hasta 72 horas antes de su cita, excluyendo fines de semana y festivos estatales, para coordinar el transporte de ida y vuelta a su cita.
- Si tiene un medio de transporte propio para llegar a su cita, es posible que se le reembolse al conductor una tarifa fija por milla (se aplican límites). Los miembros, familiares, amigos y cuidadores son elegibles para recibir un reembolso de millas a través de ModivCare. Debe llamar a ModivCare antes de su cita para obtener un número de viaje y ser elegible para el reembolso. Visite **www.mymodivcare.com/members/ok** y vaya a Forms (Formularios) para revisar las instrucciones del Programa de reembolso de millas, las instrucciones del registro de viajes para reembolso de millas y descargar un registro de viajes para reembolso de millas.
- Llame a ModivCare al número gratuito **1-877-718-4208** tan pronto como sepa que necesita cancelar su cita.
- Si tiene problemas para llegar a una cita o si tiene preguntas sobre el transporte, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. Si le denegamos los servicios de transporte, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Para más información sobre las apelaciones, consulte la página 58.
- Transporte médico de emergencia
  - Si tiene una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al **911** para pedir una ambulancia. Aetna Better Health cubrirá una ambulancia si la necesita.

Otros Servicios Cubiertos

- Servicios de atención de posestabilización (brindados después de haber padecido una afección médica de emergencia para mantenerlo seguro).

- Servicios de atención médica en centros escolares.
- Servicios de clínicas de salud pública.
- Servicios de Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC).
- Servicios prestados en su departamento de salud local.

Beneficios adicionales

Como miembro de Aetna Better Health, puede ser elegible para los beneficios adicionales que se describen a continuación. Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos, llámenos al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Beneficio adicional	Explicación
Programa de atención de la diabetes: Control de los riñones	Si tiene entre 18 y 75 años y un diagnóstico de diabetes, puede recibir $15 por completar una prueba de detección renal.
Programa de atención de la diabetes: Examen de la retina para diabéticos	Si tiene entre 18 y 75 años y un diagnóstico de diabetes, puede recibir $15 por completar un examen de la retina para diabéticos.
Programa de atención de la diabetes: Prueba de A1c	Si tiene entre 18 y 75 años y un diagnóstico de diabetes, puede recibir $15 por completar una prueba de A1C.
Programa de atención de la diabetes: Alimentos saludables	Si tiene entre 18 y 75 años, un diagnóstico de diabetes y está inscrito en la administración de atención, puede recibir $50 al mes para utilizarlos en alimentos saludables cuando complete todas las pruebas de detección de diabetes.
Salida al aire libre	Reciba $40 anualmente para usarlos en el zoológico de la ciudad de Oklahoma, el zoológico de Tulsa o para obtener un pase para el parque estatal de Oklahoma.
Transporte mejorado	Acceda a un máximo de 10 viajes de ida y vuelta de transporte no médico al año. Puede obtener transporte para acudir a entrevistas de trabajo, tiendas de comestibles y servicios de salud y sociales de la comunidad.
Productos de venta libre (OTC)	Su grupo familiar puede pedir $25 mensuales en medicamentos y suministros OTC de nuestro catálogo de Aetna Better Health of Oklahoma. Los suministros mensuales se pueden pedir en línea o por teléfono para que se los envíen por correo a su domicilio.

Beneficio adicional	Explicación
Aplicación de acompañamiento digital	Si es mayor de 13 años, tendrá acceso a una aplicación que ayuda a combatir la soledad. Con compañía digital las 24 horas del día, los 7 días de la semana e intervención de apoyo, puede ponerse en contacto con personas compasivas para tener una charla amistosa u obtener ayuda con los recursos.
Aplicación de asesoramiento para servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias	Si tiene 13 años o más, tendrá acceso a asesoramiento de salud mental que le ayudará a fortalecer la salud emocional. La aplicación proporciona acceso a herramientas y apoyo para lo siguiente: • Depresión • Abuso de sustancias • Servicios para dejar de fumar • Embarazo temprano
Capacitación profesional y en habilidades para la vida/apoyo con el Diploma de equivalencia general (GED)	Si es mayor de 16 años, puede obtener su Diploma de educación general (GED) y aprender nuevas aptitudes laborales. Acceda a los cursos de preparación para el GED, obtenga ayuda para programar el examen y, si aprueba, podrá realizar el GED sin costo alguno.
Costo a pagar por la eliminación de antecedentes de delitos	Si se ha comprobado que es elegible para la eliminación de antecedentes de delitos, puede recibir $150 para ayudarle con las tasas de certificación vinculadas a la eliminación de antecedentes de delitos (como lo permite el estatuto).
Participación extracurricular	Si tiene entre 5 y 18 años, puede conseguir hasta $100 al año para diversos programas deportivos o extraescolares, como Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA), Clubes de Niños y Niñas, Boy Scouts (niños exploradores) o Girl Scouts (niñas exploradoras) o para comprar material deportivo.
Vacunación para niños	Si su hijo completa toda la serie de vacunas infantiles el día de su segundo cumpleaños o antes y cumplió 2 años durante el año calendario, puede recibir $50.
Diaper Club	Reciba $100 por única vez para comprar pañales para niños de 12 meses o menos.
Prueba de detección de cáncer de mama	Si es una miembro y tiene 40 años o más, puede recibir $25 por completar una prueba de detección de cáncer de mama.

Beneficio adicional	Explicación
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Si tiene 45 años o más, puede recibir $25 por completar una prueba de detección de cáncer de colon.
Bienestar infantil	Si su hijo realiza las consultas de bienestar infantil entre los 3 y los 20 años, puede recibir $25 anuales.
Bienestar infantil (entre el nacimiento y los 15 meses)	Si su hijo realiza 6 visitas de control entre el nacimiento y los 15 meses, puede recibir $60.
Bienestar infantil (16 a 30 meses)	Si su hijo realiza 2 visitas de control entre los 16 y los 30 meses, puede recibir $40.
Notificación sobre Embarazo	Si está embarazada y notifica a Aetna Better Health antes de su primera visita prenatal, puede recibir $25.
Prenatal Inicial	Si está embarazada y realiza su visita prenatal inicial durante el primer trimestre, puede recibir $25.
Prenatales Posteriores	Puede ganar otros $10 por cada visita prenatal posterior a la que acuda, hasta un máximo de $100.
Posparto	Después de que nazca su bebé, puede recibir $50 por su primera consulta antes de los 21 días posteriores al parto. Puede recibir $50 adicionales por su segunda consulta dentro de los 22 a 84 días posteriores al parto.
Productos básicos para bebés	Si está embarazada de al menos 37 semanas y acude a 7 visitas médicas durante el embarazo, puede recibir $90 para comprar una cuna portátil o una silla de coche.
Aplicación de salud materna digital	Si está embarazada, tiene acceso a apoyo digital las 24 horas al día, los 7 días a la semana, durante el embarazo y el posparto. El apoyo de especialistas virtuales que complementan la atención presencial incluye lo siguiente: • Doula virtual • Asesores de lactancia • Obstetra/ginecólogo • Pediatras • Proveedores de salud mental
Sacaleches	Si está embarazada de al menos 37 semanas, puede recibir un sacaleches sin costo.
Atención a Domicilio para el Asma	Si tiene un diagnóstico de asma, puede recibir hasta $250 al año para ropa de cama, limpieza a fondo de alfombras, servicios de control de plagas, purificadores de aire y filtros de aire.

Beneficio adicional	Explicación
Alternativas a los Opioides	Si es mayor de 21 años, está inscripto en administración de la atención y tiene un diagnóstico de dolor crónico, puede recibir hasta $500 para utilizar en acupuntura, masoterapia, punción seca y yoga.
Atención de la Vista para Adultos	Si es mayor de 21 años, puede recibir $150 cada dos años para cubrir anteojos o lentes de contacto y $75 para un examen anual.
Curación Tradicional	Si es un miembro indio estadounidense/nativo de Alaska, puede recibir hasta $400 al año para prácticas curativas tradicionales.
Teléfono inteligente sin costo	Si tiene 18 años o más, puede recibir un teléfono inteligente con un plan inalámbrico sin costo. El teléfono inteligente incluirá aplicaciones importantes, sitios web y recursos personalizados de Aetna Better Health.
Consulta de seguimiento de salud conductual	Si tiene 6 años o más, es elegible para un incentivo de $20 por cada visita de seguimiento (hasta 4) realizada con un profesional de salud mental en los 30 días siguientes al alta de una hospitalización aguda de salud conductual, tratamiento residencial o desintoxicación por trastorno por consumo de sustancias.
Copagos eximidos	Se eximen los copagos de todos los servicios médicos y de salud conductual, excepto los de atención hospitalaria para pacientes internados (unidad de cuidados intensivos [ICU]/unidad de cuidados cardíacos [CCU], otras habitaciones y comidas, rutina), atención hospitalaria para pacientes externos que no sean de emergencia y farmacia minorista.
Apoyo de vivienda durante la recuperación	Los miembros inscritos en administración de la atención que hayan sido dados de alta de un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados o que hayan sido liberados del encarcelamiento de un centro del Departamento Correccional de Oklahoma, pueden recibir hasta $600 por mes durante un máximo de 3 meses en un centro de vida sobria aprobado por Aetna Better Health.

Beneficio adicional	Explicación
Comidas posteriores al alta	Puede recibir 21 comidas semanales durante 12 semanas después del alta del hospital. Debe estar en administración de la atención y tener una de las siguientes afecciones: • Diabetes • Enfermedad cardíaca/hiperlipidemia • Enfermedad cardíaca/hipertensión • Insuficiencia cardíaca crónica • EPOC/asma • cáncer • Enfermedad renal crónica/enfermedad renal terminal • Obesidad • Herida que no cicatriza • REFLUJO GASTROESOFÁGICO (GERD) • Embarazo de alto riesgo • Diagnóstico de anemia

Algunos beneficios se basan en reclamaciones y pueden no ser inmediatos en nuestro sistema. Una vez que haya completado cada uno de los pasos saludables, llámenos para solicitar sus beneficios adicionales. Comprobaremos la reclamación que presente su proveedor por la visita para confirmar que ha completado los pasos. Tenga en cuenta que no puede utilizar sus incentivos para productos que puedan suponer riesgos para la salud, como el alcohol, la nicotina o las armas de fuego.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios anteriores, hable con su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Ayuda Adicional para Controlar su Salud

Gestionar la atención médica por sí solo puede ser difícil, sobre todo si se enfrenta a muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita ayuda adicional para estar y mantenerse sano, podemos ayudarle. Como miembro de Aetna Better Health, es posible que tenga un administrador de atención en su equipo de atención médica. Un administrador de atención es un profesional médico especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que recibe la atención adecuada cuando y donde la necesita.

Su administrador de atención puede:

- Coordinar sus citas y ayudarle a organizar el transporte de ida y vuelta al médico;

- Ayudarle a alcanzar sus objetivos para controlar mejor sus afecciones de salud actuales;
- Responder a preguntas sobre la función de sus medicamentos y cómo tomarlos;
- Realizar un seguimiento de su atención médica con sus médicos o especialistas;
- Ponerle en contacto con recursos útiles en su comunidad; y
- Ayudarle a continuar recibiendo la atención que necesita si cambia de plan de salud o de médico.

Aetna Better Health también puede ponerle en contacto con un administrador de atención que se especializa en brindar apoyo para lo siguiente:

- Control de afecciones crónicas.
- Atención durante el embarazo.
- Trastornos por consumo de sustancias.
- Necesidades de salud conductual.

Para obtener más información sobre cómo obtener ayuda adicional para controlar su salud, consulte a su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Ayuda para Problemas Más Allá de la Atención Médica

Puede ser difícil centrarse en la salud si se tienen problemas con el hogar o se está preocupado por tener alimentos suficientes para alimentar a la familia. Aetna Better Health puede conectarle con recursos de su comunidad que le ayuden a gestionar problemas que van más allá de la atención médica.

Llame al equipo de compromiso real y ayuda comunitaria (REACH) para miembros al número gratuito **1-833-316-7010 (TTY: 711)** si necesita lo siguiente:

- Asistencia económica.
- Asistencia alimentaria.
- Servicios educativos.
- Asistencia para la vivienda.
- Servicios legales.

- Servicios de empleo.
- Grupos de apoyo.
- Suministros para bebés.
- Vestimenta.

El equipo de REACH (compromiso real y ayuda comunitaria) para miembros se dedica a comprender y ayudar con las necesidades individuales de los miembros y puede ponerlo en contacto con programas comunitarios locales que quizás puedan ofrecerle los servicios mencionados anteriormente.

Llame al **1-833-316-7010**, número gratuito, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., hora del centro, para hablar con un coordinador de REACH para miembros.

Defensores de Miembros de Aetna Better Health of Oklahoma

Los defensores de Aetna Better Health también están aquí para ayudarle. Han vivido experiencias similares y también fueron miembros del plan de salud. Proporcionan descripciones generales del plan y le ayudan a comprender sus beneficios y aprovecharlos al máximo. Si tiene preguntas, llámenos al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** o envíenos un correo electrónico a **Memberadvocateok@aetna.com**.

Otros programas para ayudarle a mantenerse saludable

Aetna Better Health quiere ayudarle a usted y a su familia a estar y mantenerse saludables. Si quiere dejar de fumar o es una madre primeriza que desea saber más sobre la mejor manera de alimentar a su bebé, podemos ayudarle a conectarse con el programa de apoyo adecuado.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener más información sobre:

- Servicios de deshabituación tabáquica (apoyo para dejar de fumar o dejar el tabaco). Línea de Ayuda para Dejar el Tabaco de Oklahoma (**1-800-QUIT-NOW**, número gratuito)
- SoonerStart, el programa de intervención temprana de Oklahoma, está diseñado para satisfacer las necesidades de las familias con bebés o niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años) con retrasos en el desarrollo o discapacidades de acuerdo con la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA). El programa ofrece apoyo y recursos para ayudar a los miembros de la familia a mejorar el aprendizaje y el desarrollo de los bebés o niños pequeños a través de oportunidades de aprendizaje cotidiano.

Beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)

Los miembros del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio que sea médicamente necesario para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se denomina servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Los miembros que necesitan beneficios de EPSDT:

- Pueden obtener servicios de EPSDT a través de su plan de salud;
- No tienen que pagar ningún copago por los servicios de EPSDT; y
- Puede obtener ayuda para programar citas y coordinar el transporte gratuito de ida y vuelta a ellas.

Algunos servicios de EPSDT pueden requerir una autorización previa (PA). EPSDT incluye servicios que pueden ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un miembro, incluidos, entre otros:

- Historial médico y de vacunación;
- Exámenes físicos;
- Diversas evaluaciones y asesoramiento de salud;
- Pruebas de laboratorio y de detección;
- Atención de seguimiento necesaria; y/o
- Servicios de análisis conductual aplicado (ABA).

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo. También puede encontrar más información sobre los servicios de EPSDT en línea visitando nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma** o visitando la página web de EPSDT de SoonerCare en **https://oklahoma.gov/ohca/providers/types/child-health-epsdt.html**

Servicios No Cubiertos

Estos son algunos ejemplos de los servicios que no ofrece Aetna Better Health. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura:

- Todos los servicios que no son médicamente necesarios.
- Cirugía estética y medicamentos de uso estético.
- Servicios duplicados.

- Tratamiento de infertilidad.
- Programas para la pérdida de peso.
- Códigos de servicio determinados por OHCA como no cubiertos.
- Servicios de salud prohibidos por ley o regulación.
- Reversión de procedimientos de esterilización con el fin de concebir.
- Servicios de un proveedor que no forme parte de Aetna Better Health, a menos que sea un proveedor al que se le permite consultar como se describe en otra parte de este manual, o Aetna Better Health o su proveedor de atención primaria (PCP) lo envió a ese proveedor.
- Servicios de un proveedor que se encuentra a más de 50 millas de la frontera de Oklahoma y que no ha sido aprobado previamente para brindarle atención.
- Servicios para los cuales necesita una aprobación por adelantado y no la obtuvo.
- Servicios prestados en una cama de enfermería especializada o de multiuso terapéutico.
- Servicios médicos prestados fuera del país.
- Eliminación de tatuajes.

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Es posible que tenga que pagar por cualquier servicio que su PCP o Aetna Better Health no apruebe. Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (incluidos los enumerados anteriormente).
- Servicios no autorizados.
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de Aetna Better Health.

Si Recibe una Factura

En la mayoría de los casos, no tiene que pagar por los servicios de SoonerSelect y no debe recibir una factura de un proveedor. Es posible que deba pagar si acordó por escrito pagar por los servicios no cubiertos por Aetna Better Health. Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que cree que no debería pagar, no la ignore. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito

1-844-365-4385 (TTY: 711) de inmediato. Podemos ayudarle a comprender por qué puede haber recibido una factura. Si usted no es responsable del pago, Aetna Better Health se comunicará con el proveedor y le ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a presentar una apelación si cree que se le pide que pague por algo que Aetna Better Health debería cubrir. Consulte la sección de quejas y apelaciones en la página 58 en este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Copagos de los Miembros del Plan

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un copago, es decir, una tarifa que usted paga cuando recibe ciertos servicios de atención médica de un proveedor o cuando recoge una receta en una farmacia:

Sus Copagos en el Plan

Servicio	Cantidad	Explicación
Atención hospitalaria para pacientes internados	$10 por día.	Hasta un máximo de $75.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	$4 por consulta.	
Servicios de clínica para pacientes externos	$0 por consulta.	
Servicios de cirugía ambulatoria	$4 por consulta.	
Servicios médicos	$0 por consulta.	
Auxiliar médico/asistente de anestesiólogo	$0 por consulta.	
Servicios de enfermería de práctica avanzada	$0 por consulta.	
Servicios de optometría	$0 por consulta.	
Equipo médico duradero	$0 por producto.	Los suministros preferidos para las pruebas de glucosa en sangre y las jeringas de insulina preferidas tienen un copago de $0.
Servicios de agencias de atención médica a domicilio	$0 por consulta.	
Servicios de clínicas de salud rurales	$0 por consulta.	
Servicios de salud conductual y abuso de sustancias para pacientes internados	$0 por día.	
Servicios de salud conductual y abuso de sustancias para pacientes externos	$0 por consulta.	
Laboratorio y rayos X	$0 por consulta.	

Servicio	Cantidad	Explicación
Medicamentos con receta	$4 por receta.	• Productos para dejar de fumar $0 copago. • Vitaminas prenatales $0 copago. • Anticonceptivos $0 copago. • Naloxona $0 copago. • Tratamientos asistidos con medicamentos para el consumo de opioides $0 copago.
Vacunas recomendadas por el ACIP	Copago de $0.	
Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC)	$0 por consulta.	
Servicios de atención personal del plan estatal	$0 por consulta.	
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia auditiva (PT/OT/ST)	$0 por consulta.	
Tratamiento alternativo para el manejo del dolor	$0 por consulta.	
Prótesis y órtesis	$0 por consulta.	

No hay copagos para los miembros o servicios a continuación:

- Miembros menores de 21 años.
- Miembros que están embarazadas (y en su período posparto).
- Miembros que reciben cuidados de hospicio.
- Indios Estadounidenses/Nativos de Alaska.
- Niños en acogimiento temporal.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios preventivos prestados a adultos en expansión.
- Servicios preventivos prestados por proveedores.

Si tiene preguntas sobre los costos compartidos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

PARTE III: Procedimientos del Plan

Queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciban los servicios o beneficios que necesitan para mantenerse saludables. Esto se denomina "administración de uso" (utilization management, UM). Nuestro programa de UM ayuda a garantizar que obtenga los servicios correctos en el lugar correcto. El personal de UM utiliza criterios clínicos, pautas y políticas escritas para tomar decisiones sobre UM. Cuando tomamos decisiones es importante que recuerde lo siguiente:

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

Si tiene preguntas sobre la UM, puede hablar con alguien llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita una traducción o asistencia lingüística, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Programa de Bloqueo de Farmacia

Para proteger la salud de nuestros miembros, Aetna Better Health cuenta con un programa de bloqueo de farmacia. Este programa está destinado a los miembros que abusan o hacen un mal uso de los medicamentos con receta. Los miembros son asignados a una farmacia y a un médico. Puede cambiar de médico o farmacia una vez al año, a menos que se produzca una situación especial, como una mudanza. Si se le coloca en el programa, puede estar inscrito durante un mínimo de dos años. Revisaremos su inscripción por lo menos una vez al año. Puede apelar su inscripción en el programa de bloqueo. Consulte la sección de quejas y apelaciones en la página 58 en este manual para obtener más información.

Autorización Previa y Medidas

Aetna Better Health tendrá que aprobar algunos tratamientos y servicios antes de que usted los reciba. Es posible que Aetna Better Health también tenga que aprobar algunos tratamientos o servicios para que usted pueda seguir recibiéndolos. Esto se denomina autorización previa. Para obtener una lista de los servicios que requieren una autorización previa, consulte el cuadro

de la sección “Servicios cubiertos por la red de Aetna Better Health” de este manual, en la página 23.

- Por lo general, su proveedor de atención primaria (PCP) presentará la autorización previa a Aetna Better Health por usted a través del portal de proveedores, enviando un formulario de solicitud por fax o llamando directamente al equipo de autorización previa. La solicitud de aprobación de un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización previa. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, usted o su médico pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Solicitudes de autorización previa para niños menores de 21 años

Se aplican normas especiales a las decisiones para aprobar servicios médicos para niños menores de 21 años que reciban servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios de EPSDT, consulte la página 50 o visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma**.

¿Qué Sigue Después de que Recibamos su Solicitud de Autorización Previa?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que usted recibe los servicios que prometemos y necesita. El equipo de revisión está formado por profesionales de salud cualificados (médicos, enfermeros y profesionales de salud conductual). Su trabajo consiste en asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted ha solicitado está cubierto por su plan y que le ayudará con su afección médica. Para ello, verifican que su plan de tratamiento se ajusta a las normas médicamente aceptables.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso estándar o acelerado (más rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si un retraso pudiera causar un daño grave a su salud. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como su afección médica lo requiera, pero no más tarde de lo descrito en la siguiente sección de este manual.

Les comunicaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud ha sido aprobada o denegada. También le comunicaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos qué opciones tendrá para apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización previa (PA) o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina determinación adversa de beneficios. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de

salud. Puede solicitar sin costo alguno para usted las normas médicas específicas, denominadas criterios de revisión clínica, utilizadas para tomar la decisión de determinaciones adversas de beneficios relacionadas con la necesidad médica. Para solicitar una copia de los criterios de revisión clínica utilizados en una determinación adversa de beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa (PA) dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 72 horas después de recibirla.
- **Revisión acelerada (más rápida):** Tomaremos una decisión sobre su solicitud y tendrá noticias nuestras en 24 horas.
- **Salud Conductual para Pacientes Internados:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 24 horas.
- **Revisión de autorización previa para farmacia:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 24 horas.
- Si se necesita información adicional para tomar la decisión, la revisión de una solicitud urgente puede demorar hasta 72 horas. Para una solicitud estándar, la revisión podría tomar hasta 14 días, si usted o su proveedor solicitan la extensión, o Aetna Better Health justifica (a OHCA a solicitud) una necesidad de información adicional y la extensión es en su interés. Para una solicitud urgente, la revisión podría tomar hasta 14 días, si usted o su proveedor solicitan la extensión, o Aetna Better Health justifica (a OHCA a solicitud) una necesidad de información adicional y la extensión es en su interés. Si esto sucede, Aetna Better Health le enviará un aviso por escrito junto con información sobre cómo presentar una apelación sobre la extensión. En la mayoría de los casos, si está recibiendo un servicio y se presenta una nueva solicitud para seguir recibiéndolo, debemos informarle al menos 10 días antes de cambiar el servicio si decidimos reducirlo, interrumpirlo o restringirlo. **Si aprobamos un servicio y usted ha empezado a recibirlo, no reduciremos, interrumpiremos o restringiremos el servicio durante el período de aprobación, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se sabía que era falsa o errónea.**
- Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas.

Cómo puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que mejor sirvan a nuestros miembros. Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités de miembros de nuestro plan de salud o con OHCA, como, por ejemplo:

- Comité de Asesoramiento de Aetna Better Health;
- Comité de Asesoramiento de la Salud Conductual de Aetna Better Health (BHAC); o
- Junta Consultiva Tribal de Aetna Better Health.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** para obtener más información sobre cómo ayudar.

Apelaciones

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención o recibió una determinación adversa de beneficios, tiene derecho a presentar una apelación.

Para presentar una apelación, escriba a:

Aetna Better Health of Oklahoma
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Para presentar una apelación por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711).**

- Si no está satisfecho con una medida que hemos tomado o con lo que hemos decidido sobre su solicitud de autorización previa (PA) (consulte la página 55 sobre autorizaciones previas y medidas), puede presentar una apelación en un plazo de 60 días (aproximadamente 2 meses) a partir del momento en que reciba la carta de notificación de la denegación. Una apelación es una solicitud para que revisemos la decisión.
- Puede realizarlo usted mismo o, con su consentimiento por escrito, su representante autorizado o su proveedor, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en Aetna Better Health si necesita ayuda para presentar una apelación.
- La apelación puede hacerse por teléfono o por escrito. No es necesario que utilice ningún término específico o legal si no está satisfecho con la decisión que tomamos. Podemos ayudarle a llenar el formulario de

apelación. Si lo necesita, se le proporcionará ayuda y servicios auxiliares previa solicitud y de forma gratuita.

- Si su apelación debe ser revisada más rápidamente que el plazo estándar porque tiene una necesidad inmediata de servicios de salud, puede presentar una apelación acelerada (más rápida).
- **Apelaciones estándares:** Si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días (aproximadamente 4 semanas y media) posteriores a la recepción de su apelación.
- **Apelaciones aceleradas (más rápidas):** Si tenemos toda la información que necesitamos, le llamaremos y le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión en un plazo de 72 horas (aproximadamente 3 días) después de recibir su apelación.
- Puede presentar una queja acelerada (consulte la página 63 para obtener más información sobre las quejas) si se le deniega su solicitud de apelación acelerada.
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos de mala manera con usted porque presente una apelación.
- Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver el expediente de su caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se utilice para tomar una decisión sobre su caso.
- Puede hacer preguntas y dar cualquier información (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que crea que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo en persona, por escrito o por teléfono.
- Si necesita ayuda con el proceso de apelación, tiene preguntas o quiere comprobar el estado de su apelación, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Más Información sobre las Apelaciones

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada (más rápida) sobre su apelación, podemos ampliar el plazo para resolver su apelación. En ese caso, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos para pedirle la información que necesitamos. En el caso de las apelaciones aceleradas, le llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito después.
- Explicaremos por qué la demora es lo mejor para sus intereses.
- Tomaremos una decisión en un plazo máximo de 14 días (aproximadamente 2 semanas) a partir de la fecha de la decisión original.

Si necesita más tiempo para reunir sus documentos e información, solo tiene que pedirlo. Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden pedirnos que retrasemos su caso hasta que esté preparado. Queremos tomar la decisión que mejor favorezca su salud. Puede pedir más tiempo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito: **1-844-365-4385 (TTY: 711)** o por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Oklahoma
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Nuestra Decisión sobre Su Apelación

Si estamos de acuerdo con usted en que no deberíamos haber reducido o interrumpido los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos un aviso de resolución de la apelación informándole que hemos aceptado su apelación. Si seguimos sin estar de acuerdo con usted y creemos que teníamos razón al reducir o interrumpir los servicios que ya estaba recibiendo, le enviaremos un aviso de resolución adversa de la apelación informándole de que la hemos denegado. Si no está de acuerdo con la resolución adversa de la apelación, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Consulte la siguiente sección en la página 60 para obtener detalles importantes sobre el plazo y la presentación de su solicitud.

Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Apelación

- Cuando la decisión del plan de salud reduce o interrumpe un servicio que usted ya estaba recibiendo, continuaremos los servicios que su proveedor ya ordenó mientras decidimos sobre su apelación.
- Mientras continuemos los servicios que ya estaba recibiendo, los pagaremos si su apelación se resuelve a su favor. **Es posible que su apelación no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios.**
- Cuando su apelación no cambia la decisión del plan de salud, es posible que este le exija que pague por los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado en un plazo de 120 días (aproximadamente 4 meses).

Audiencias Imparciales del Estado

Después de recibir un aviso de resolución adversa a su apelación y si aún no está de acuerdo con la decisión que tomamos de reducir, suspender o

restringir sus servicios, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado directamente a la OHCA. Una Audiencia Imparcial del Estado es su oportunidad de dar más información y hacer preguntas sobre la decisión ante un juez de derecho administrativo. El juez en su Audiencia Imparcial del Estado no forma parte de su plan de salud de ninguna manera.

- **Si necesita ayuda para entender el proceso de Audiencia Imparcial del Estado**, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. No tiene que utilizar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado siempre y cuando indique claramente que no está satisfecho con la decisión que hemos tomado.

Su Atención Mientras Espera una Decisión sobre su Audiencia Imparcial del Estado

- Sus servicios continuarán hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:
  - Retire su apelación o su solicitud de Audiencia Imparcial del Estado, o
  - Un oficial de Audiencias Imparciales del Estado emita una decisión de audiencia que no está de acuerdo con usted.
- También puede pedirle a un representante de confianza que haga esa solicitud por usted.
- Al continuar con los servicios que ya está recibiendo durante su caso de Audiencia Imparcial del Estado, el plan de salud pagará esos servicios si su caso se decide a su favor. Es posible que su Audiencia Imparcial del Estado no cambie la decisión que tomó el plan de salud sobre sus servicios.
- Cuando su caso de Audiencia Imparcial del Estado no cambie la decisión, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Solicite una Audiencia Imparcial del Estado

- No tiene que utilizar ningún lenguaje legal o formal especial para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado siempre y cuando indique claramente que no está satisfecho con la decisión que hemos tomado.
- Primero debe presentar una apelación ante Aetna Better Health y recibir nuestra decisión antes de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Si no decidimos su apelación dentro de los 30 días de su solicitud de apelación, también puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.
- Usted no necesita un abogado para su Audiencia Imparcial del Estado, pero puede contratar uno.

- Puede representarse a sí mismo o permitir que otra persona lo represente.
- Si permite que otra persona lo represente, tendrá que mostrar prueba por escrito de que solicitó su ayuda.
- Sin esta prueba escrita, su apelación será rechazada.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado en cualquier momento dentro de los 120 días a partir del día en que le enviamos el aviso de resolución adversa.

- Puede utilizar una de las siguientes formas para solicitar una audiencia imparcial a continuación:
  1. Por teléfono: **405-522-7217**
  2. Por Internet: **www.okhca.org**
  3. Por correo:

     OHCA
     4345 N. Lincoln Blvd
     Oklahoma City, OK 73105

Si Tiene Problemas con Su Plan de Salud

Esperamos que nuestro plan de salud le sea satisfactorio. Si tiene algún problema, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) y llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** o escriba a:

Aetna Better Health of Oklahoma
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema con su plan de salud, atención, proveedor o servicios, puede presentar su reclamo ante Aetna Better Health. **Este tipo de reclamo se denomina queja.** Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y cualquier queja que llegue por correo se manejarán de acuerdo con nuestros procedimientos de queja que se describen a continuación.

Puede pedirle a alguien de su confianza (su representante autorizado) que presente la queja por usted. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o necesita servicios de traducción o ayuda para completar los formularios, podemos ayudarlo sin costo. No le pondremos las cosas difíciles ni tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si No Está Contento con Su Plan: Cómo presentar una queja

Si no está satisfecho con su plan de salud, proveedor, atención o servicios de salud, puede presentar una queja (un reclamo formal) ante Aetna Better Health. Puede presentar una queja por teléfono o por escrito en cualquier momento.

- Para presentar una queja por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711),** durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Para presentar su queja por escrito, puede escribirnos con su queja a la siguiente dirección:

  Aetna Better Health of Oklahoma
  P.O. Box 81139
  5801 Postal Road
  Cleveland, OH 44181

¿Qué sucede después?

- Le informaremos por escrito que recibimos su queja dentro de los 10 días posteriores a su recepción.
- Decidiremos la resolución de una queja dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja.
- Le informaremos cómo lo hemos resuelto por escrito en un plazo de 3 días desde que resolvamos la queja.

Su Atención Cuando Cambia de Planes de Salud o de Médicos

- Si decide abandonar Aetna Better Health, compartiremos su información médica con su nuevo plan. Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su seguro de salud anterior o por SoonerCare, incluso si el proveedor a quien está consultando es un proveedor fuera de la red. Las autorizaciones previas se respetarán hasta que se utilicen los servicios o hasta 120 días después de que comiencen los beneficios de su nuevo plan, lo que ocurra primero. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener servicios adicionales si los necesita.
- Si está embarazada en el momento de inscribirse en Aetna Better Health, puede seguir recibiendo la misma atención médica que antes de inscribirse en nuestro plan. Puede seguir acudiendo a su médico, aunque sea un proveedor fuera de la red.
- Si está recibiendo quimioterapia o radioterapia, diálisis, servicios de trasplante de órganos o tejidos principales, cirugía bariátrica, tratamiento

con Synagis, medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C o si padece una enfermedad terminal, cuando cambie de plan, podrá continuar con su plan de tratamiento actual.

- Los niños que reciben servicios de atención de enfermería privada seguirán recibiéndolos. Estos servicios solo cambiarán si realizamos una nueva evaluación y determinamos que su hijo necesita servicios diferentes.
- Seguiremos cubriendo sus servicios fuera del estado y/o la asistencia para comidas y alojamiento si ya los está recibiendo de SoonerCare cuando se inscriba en nuestro plan.
- Si está recibiendo servicios para la hemofilia, esos servicios seguirán siendo proporcionados por sus proveedores actuales para el tratamiento de la hemofilia durante un máximo de 120 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Después de 120 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si está en un plan de tratamiento actual y recibe servicios de salud conductual, puede seguir viendo a su(s) proveedor(es) actual(es) de tratamiento de salud conductual durante un máximo de 120 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Después de 120 días, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de la red.
- Si está esperando equipos médicos duraderos (DME) o suministros autorizados y pedidos antes de inscribirse en nuestro plan, le ayudaremos a recibir estos productos a tiempo.
- Si su PCP abandona Aetna Better Health, se lo comunicaremos por escrito en un plazo de 15 días a partir del momento en que tengamos conocimiento de ello. Le diremos cómo puede elegir un nuevo PCP o elegiremos uno por usted. Si no desea el PCP que elegimos, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para cambiarlo en cualquier momento.
- Los PCP que rescindan sus contratos con Aetna Better Health of Oklahoma deben proporcionar un aviso antes de rescindir sus contratos con Aetna Better Health of Oklahoma. Los proveedores también deben continuar tratando a nuestros miembros hasta que se haya completado el curso de tratamiento si se encuentra en tratamiento activo o se realiza una transición de la atención. Puede ser necesaria una autorización para estos servicios. Los miembros que pierden la elegibilidad y siguen teniendo necesidades médicas deben ser remitidos a un centro o proveedor que pueda brindar la atención necesaria sin costo o a bajo costo.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Derechos y responsabilidades del miembro

Sus derechos

Como miembro de Aetna Better Health, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre el programa SoonerSelect y Aetna Better Health.
- Ser tratado con respeto y debida consideración hacia su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, de una manera que pueda comprender.
- Participar de las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Libertad de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o se corrijan.
- Obtener servicios de atención médica disponibles y accesibles cubiertos por Aetna Better Health.
- Conversar abiertamente sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario o apropiado para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o el costo.
- Presentar reclamos o apelaciones sobre Aetna Better Health y la atención brindada.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de Aetna Better Health.
- Presentar una queja y apelación.

Sus responsabilidades

Como miembro de Aetna Better Health, acepta las siguientes responsabilidades:

- Verificar la información de OHCA Y Aetna Better Health, corregir inexactitudes y permitir que las agencias gubernamentales, empleadores y proveedores divulguen registros a OHCA o Aetna Better Health.
- Notificar a OHCA o Aetna Better Health dentro de los 10 días si hay cambios en los ingresos, la cantidad de personas que viven en el hogar, cambios de dirección o cambios de buzón de correo, o de seguro de salud.

- Transferir, asignar y autorizar a la OHCA todas las reclamaciones que pueda tener contra el seguro de salud, compañías de seguros de responsabilidad o terceros. Esto incluye pagos por servicios médicos realizados por la OHCA para cualquier dependiente.
- Responder a las solicitudes de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores de los Servicios Humanos de Oklahoma (OHS).
- Permitir que SoonerCare cobre pagos de cualquier persona que deba pagar por atención médica.
- Compartir la información médica necesaria con cualquier compañía de seguros, persona o entidad que sea responsable de pagar la factura.
- Revisar los registros médicos para ver si se pueden pagar las reclamaciones por los servicios.
- Obtener permiso para que Servicios Humanos de Oklahoma o la OHCA tomen decisiones de pago o de pagos en exceso.
- Conservar su tarjeta de identificación y saber su número del Seguro Social para recibir servicios de atención médica o recetas.
- Confirmar que cualquier atención que reciba esté cubierta.
- Comprender cómo y cuándo solicitar servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT).
- Compartir costos.
- Asegurarse de que toda la información proporcionada a la OHCA o a Aetna Better Health sea completa y verdadera bajo pena de fraude o perjurio.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que ya haya acordado con sus profesionales.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordadas mutuamente, en la medida de lo posible.

Opciones de Cancelación de Inscripción

Si Desea Abandonar el Plan

- Puede hacer una prueba de 90 días. Puede abandonar Aetna Better Health e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días después de comenzar a recibir los beneficios del plan de salud. No es necesario tener un motivo para cambiar de plan.

- También puede cambiar de plan de salud una vez cada 12 meses. Este cambio ocurre mediante inscripción abierta.
- Si desea abandonar Aetna Better Health en cualquier otro momento, **solo** puede hacerlo por una buena razón (buena causa). Algunos ejemplos de buena razón incluyen:
  - Necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo, no todos los servicios están disponibles dentro de la red de Aetna Better Health, y obtener los servicios por separado pondría en riesgo su salud;
  - Tiene una afección médica compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades;
  - Ha presentado y ganado una queja por mala calidad de la atención, falta de acceso a los servicios que debemos prestarle, falta de acceso a proveedores con experiencia en atender sus necesidades o cualquier otra cuestión que justifique la cancelación;
  - Fue inscrito por error.; y
  - Necesita servicios que Aetna Better Health no proporciona por razones morales o religiosas. Para obtener más información sobre los servicios no cubiertos por razones morales o religiosas, consulte la sección siguiente.
- Si tiene una buena razón para cancelar su inscripción con Aetna Better Health, puede enviar su solicitud mediante el proceso de quejas en la página 63. Revisaremos la solicitud dentro de los 10 días posteriores a la presentación de la queja. Si no está satisfecho con la decisión de cancelación de la inscripción, remitiremos la solicitud a Oklahoma Health Care Authority para que tome la decisión final.

Aetna Better Health puede optar por no cubrir determinados servicios debido a una objeción por motivos morales o religiosos. Si desea abandonar nuestro plan debido a esta objeción, tiene derecho a hacerlo. Se considera una causa justificada.

En el caso de un servicio de asesoramiento o remisión que los proveedores o sistemas de salud contratados no proporcionen debido a objeciones morales o religiosas, Aetna modifica el acuerdo con el proveedor para reconocer estas objeciones y trabaja directamente con usted en estos casos para remitirle a un proveedor o sistema de salud que no tenga dichas objeciones morales o religiosas para tratar su necesidad.

Puede Dejar de Ser Elegible para SoonerSelect

Puede que tenga que abandonar Aetna Better Health si usted:

- Ya no es elegible para Medicaid. Si deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inmediatamente.
- Comienza a recibir Medicare.
- Está en transición a un grupo de elegibilidad que no participa en SoonerSelect.
- Pasa a ser un menor en acogimiento bajo custodia estatal.
- Ingresa como menor en el sistema judicial bajo custodia estatal.
- Ingresa como recluso de una institución pública.
- Comete fraude o facilita información fraudulenta.
- Es ordenado por un oficial de audiencias o un tribunal.

Podemos Pedirle que Abandone Aetna Better Health

También puede perder su membresía de Aetna Better Health si:

- Abusa o daña a los miembros, proveedores o personal del plan.
- Fue inscrito por error.
- Tiene una afección médica compleja y otro plan de salud puede satisfacer mejor sus necesidades.
- No llena los formularios con honestidad o no da información verdadera. Esto se considera fraude.

Instrucciones anticipadas

Puede llegar un momento en que usted se encuentre incapacitado para gestionar su propia atención médica y un miembro de su familia u otra persona cercana tome decisiones en su nombre. Al planificar ahora, puede hacer que se cumplan sus preferencias. Un documento de instrucciones anticipadas es un conjunto de instrucciones que usted da sobre la atención médica y mental que desearía recibir si alguna vez perdiera la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Por ejemplo, algunas personas no quieren que les conecten a máquinas de soporte vital si entran en coma.

Realizar una instrucción anticipada es su decisión. Si no puede tomar sus propias decisiones y no tiene un documento de instrucciones anticipadas, su médico o proveedor de salud conductual consultará con alguien cercano a usted sobre su atención médica. Se recomienda enfáticamente hablar ahora sobre sus deseos de tratamiento médico y salud conductual con su familia y amigos, ya que esto ayudará a asegurar que usted reciba el nivel de tratamiento que desea si ya no puede decir a su médico u otros proveedores de salud física o salud conductual lo que desea. Sus instrucciones

anticipadas, sin importar el tipo, deben entregarse a su proveedor de atención primaria (PCP) y a su administrador de atención de Aetna Better Health.

Oklahoma dispone de tres formas de realizar una instrucción anticipada formal. Entre ellas se encuentran el testamento vital, el poder notarial para la atención médica y las instrucciones anticipadas para tratamiento de salud mental. Aetna Better Health no impone ninguna limitación a las objeciones de conciencia relacionadas con la implementación de las instrucciones anticipadas de un miembro.

Testamento Vital

En Oklahoma, un testamento vital es un documento legal que indica a los demás que usted desea o no morir de muerte natural si:

- Sufre de una afección incurable e irreversible que le causará la muerte en poco tiempo,
- Queda inconsciente y su médico determina que es muy poco probable que recupere el conocimiento, o
- Padece demencia avanzada o una afección similar que provoque una pérdida cognitiva sustancial, y es muy poco probable que la afección revierta.

En un testamento vital, puede indicarle a su médico que no aplique ciertos tratamientos para prolongar la vida, como un respirador o un “ventilador”, o que deje de administrarle alimentos y agua a través de una sonda de alimentación.

Un testamento vital solo entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted cumple una de las condiciones especificadas en el testamento vital. Le recomendamos enfáticamente que hable ahora sobre sus deseos con familiares, amigos y su médico para que le ayuden a asegurarse de que recibirá el nivel de atención que desea al final de su vida.

Poder Notarial de Atención Médica

Un poder notarial de atención médica es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención médica para que tomen decisiones médicas y de salud conductual por usted a medida que no pueda decidir por sí mismo, durante el tiempo que elija. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud conductual desearía y no desearía. Debe elegir a un adulto en quien confíe para que sea su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos con las personas que quiere como sus agentes antes de ponerlos por escrito. Su apoderado

designado podrá tener acceso a su información y registros médicos, durante el tiempo que esa persona sea así designada, hasta su muerte.

Nuevamente, siempre es recomendable hablar de sus deseos con su familia, sus amigos y su médico. Un poder notarial de atención médica entrará en vigor cuando un médico declare por escrito que usted no puede tomar o comunicar sus elecciones de atención médica. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un médico tome esta decisión, la ley establece un procedimiento para que lo haga una persona que no sea médico.

Instrucción Anticipada para el Tratamiento de la Salud Mental

Una instrucción anticipada para el tratamiento de salud mental es un documento legal que indica a los médicos y proveedores de salud mental qué tratamientos de salud mental desearía y qué tratamientos no desearía si más adelante no pudiera decidir por sí mismo. También puede utilizarse para designar a una persona que actúe como tutor en caso de que se inicie un procedimiento de tutela. Las instrucciones previas para el tratamiento de la salud conductual pueden ser un documento independiente o combinarse con un poder notarial de atención médica o un poder general. Un médico o proveedor de salud conductual puede seguir una instrucción anticipada para la salud conductual cuando su médico o un psicólogo elegible determine por escrito que usted ya no es capaz de tomar o comunicar decisiones de salud conductual.

Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a entender u obtener estos documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. Su único objetivo es informar a los demás qué es lo que usted desea si no puede expresarlo. Hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta sobre las instrucciones anticipadas.

Fraude, Uso Indebido y Abuso

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude a Medicaid, infórmelo. Algunos ejemplos de fraude a Medicaid incluyen, (entre otros):

- Una persona no informa todos los ingresos u otro seguro de salud cuando solicita Medicaid.
- Una persona que no recibe Medicaid usa una tarjeta de miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro.
- Un médico o una clínica facturan servicios que no fueron brindados o que no fueron médicamente necesarios.

Usted puede denunciar sospechas de fraude y abuso de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame a la Línea de Información sobre Fraude, Uso Indebido y Abuso de los programas de Medicaid al número gratuito **1-800-784-5887, Unidad de Medicaid de OHCA.**
- Llame a la Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de EE. UU. al número gratuito **1-800-447-8477** o visite el sitio web de la **Oficina del Inspector General (OIG)** en **HHS.GOV OIG.**

Números de teléfono importantes

- Departamento de Servicios para Miembros **1-844-365-4385 (TTY: 711)**, número gratuito, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Línea de Crisis de Salud Conductual **988,** número gratuito, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Línea de Enfermería **1-844-365-4385 (TTY: 711)**, número gratuito, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- EyeMed **1-844-844-0908 (TTY: 711)**, número gratuito.
- LIBERTY Dental **1-888-700-1093**, número gratuito.
- DentaQuest **1-833-479-0687**, número gratuito.
- ModivCare, transporte que no sea de emergencia, **1-877-718-4208**, número gratuito, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 08:00 p. m.
- Línea de ayuda de SoonerCare **1-800-987-7767**, número gratuito.
- Número de teléfono del Registro de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica **405-426-8030.**
- Línea de Información sobre Fraude, Uso Indebido y Abuso de Medicaid de OK **1-833-898-1441**, número gratuito.
- Línea directa de Uso Indebido del Auditor del Estado **405-521-3495.**
- Línea de Fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU. **1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)**, número gratuito.

Manténganos Informados

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)** siempre que ocurran estos cambios en su vida:

- Tiene un cambio en la elegibilidad de Medicaid.
- Queda embarazada o da a luz.

- Hay un cambio en la cobertura de Medicaid para usted o sus hijos.
- Alguien en su hogar pasa a estar bajo la custodia del estado.
- Empieza a recibir Medicare.
- Se muda.

PARTE IV: Información sobre Salud y Bienestar

Salud Infantil

Los niños cambian mucho a medida que crecen. Deben consultar al médico al menos una vez al año para controlar su crecimiento, incluso si están sanos. Esto se conoce como consulta de bienestar infantil. Las consultas de bienestar infantil son un buen momento para que haga preguntas sobre la salud de su hijo y cómo puede mejorarla. Los niños pueden acudir a un pediatra para recibir atención preventiva de rutina y para consultas de bienestar infantil sin necesidad de una remisión. Se recomienda que los niños de hasta tres años se realicen una evaluación del desarrollo con su médico una vez al año.

Los niños deben realizarse sus controles de salud infantil en las edades que se enumeran a continuación:

3 a 5 días	2 semanas	1 mes
2 meses	4 meses	6 meses
9 meses	12 meses	15 meses
18 meses	24 meses/2 años	3 años
4 años	5 años	6 años
7 años	8 años	9 años
10 años	11 años	12 años
13 años	14 años	15 años
16 años	17 años	18 años
19 años	20 años	

Los adolescentes también deben realizar consultas anuales de bienestar infantil. En estas consultas, a los adolescentes se les controlará la estatura, el peso y el índice de masa corporal (IMC). Los proveedores pueden hablar sobre salud, seguridad y medidas preventivas que son útiles para los adolescentes. En estas consultas también se pueden administrar las vacunas requeridas.

Consultas de bienestar	Evaluaciones conductuales/de desarrollo físico y mental
Historial médico y examen físico, incluidos los exámenes físicos escolares y deportivos	Pruebas de laboratorio necesarias, incluida una prueba de detección de plomo
Evaluación del desarrollo	Evaluación nutricional
Orientación sobre educación de salud	Vacunas
Evaluación de detección dental, de la audición y de la vista	Servicios de seguimiento

Atención Médica Preventiva para Adultos

La atención médica preventiva para adultos es importante para Aetna Better Health. Debe realizarse un examen de bienestar cada año para prevenir y detectar problemas de salud. Es importante detectar y tratar los problemas de salud de manera temprana.

Pautas de salud preventiva

Aetna Better Health of Oklahoma desempeña una función activa en la salud de sus miembros. Contamos con pautas de salud preventiva para ayudarlo a mantenerse sano. Las pruebas de detección pueden detectar enfermedades de manera temprana, cuando son más fáciles de tratar. Hable con su médico sobre cuáles son las pruebas que le corresponden y cada cuánto se las debe realizar o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**.

Asegúrese de programar una cita y pedirle a su médico que controle lo siguiente:

- Presión arterial
- Colesterol
- Índice de masa corporal
- Azúcar en sangre
- Prueba de detección de depresión
- Pruebas de detección de cáncer

También le pude preguntar a su médico sobre lo siguiente:

- Inmunizaciones
- Pruebas de VIH/SIDA y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

La salud preventiva también consiste en tomar las decisiones correctas para adoptar buenos hábitos de salud. Consultar a su médico para recibir atención de rutina es un buen hábito de salud preventiva que lo mantiene sano. Contamos con programas para ayudarle a tomar buenas decisiones de salud preventiva para usted y su familia.

Usted puede mejorar su salud y la de su familia asumiendo la responsabilidad y adoptando conductas saludables. ¡Recibir la atención preventiva que necesita cada año es el primer paso! A continuación, se enumeran otras cosas que debería y que no debería hacer para tomar el control de su salud.

Cosas que debería hacer:	Cosas que no debería hacer:
• Comer al menos 5 frutas y verduras por día • Hacer ejercicio al menos 30 minutos por día • Dormir entre 7 y 9 horas por noche • Acudir al dentista para limpiezas periódicas y servicios preventivos • Consultar a su médico cada año para recibir atención preventiva anual	• Consumir alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal • Reprimir sus sentimientos o emociones si se siente estresado o deprimido • Consumir alcohol o tabaco • Evitar ir al médico

Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria es para casos como un parto o el tratamiento de una enfermedad grave. También cubre la atención que recibiría en el hospital, como pruebas de laboratorio o radiografías. Su médico coordina la atención hospitalaria si la necesita. Un médico diferente del hospital puede reemplazar a su médico para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita si ocurre una emergencia.

Debe llamar a su médico apenas ingrese al hospital (se registre) si su médico no lo coordinó. Pídale a un miembro de su familia o a un amigo que llame en su lugar si usted no puede. Es importante llamar de inmediato a su médico y programar una consulta dentro de los siete días después de haber recibido el alta. Puede hablar y coordinar su atención después de salir del hospital durante esta consulta de seguimiento.

Atención de Rutina

La atención de rutina es para cosas como lo siguiente:

- Exámenes de bienestar anuales
- Exámenes físicos para la escuela
- Pruebas de detección
- Vacunas
- Exámenes de la audición y la vista
- Pruebas de laboratorio

Servicios de Salud Mental y de Abuso de Sustancias

Queremos que se sienta lo mejor posible, incluso desde el punto de vista mental y emocional. Para ayudarlo, cubrimos tratamientos a corto plazo para necesidades mentales o emocionales. Esto se aplica a miembros con servicios de salud mental entre leves y moderados. Estas consultas pueden ser con un terapeuta de la red, como un asesor, un psicólogo o un trabajador social clínico certificado. La telesalud puede ser una opción para usted. Hable con su proveedor de salud mental para obtener más información.

Signos y síntomas de abuso de sustancias:

- No terminar las tareas en el trabajo, el hogar o la escuela.
- Estar ausente con frecuencia.
- Tener un desempeño deficiente en el trabajo o la escuela.
- Consumir alcohol o drogas cuando sea peligroso. Esto incluye al conducir o utilizar máquinas.
- Tener problemas legales debido al consumo de alcohol o drogas.
- Necesitar más cantidad de las sustancias para sentir los mismos efectos.
- No tener éxito al intentar dejarlas.
- No tener éxito al intentar controlar el consumo de sustancias.
- Pasar mucho tiempo para adquirir las sustancias.
- Pasar mucho tiempo consumiendo las sustancias.
- Pasar mucho tiempo recuperándose de los efectos de las sustancias.
- Renunciar a actividades sociales, laborales o recreativas importantes o disminuirlas debido al consumo de sustancias.
- Continuar consumiendo las sustancias, aunque tengan efectos negativos.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de salud mental o por abuso de sustancias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-844-365-4385 (TTY: 711)**. También puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual al número gratuito **988** o a su Clínica de Servicios Certificados de Salud Conductual Comunitaria (CCBHC) local.

Aetna Better Health® of Oklahoma

Aviso de no discriminación

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

Aetna Better Health:

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

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

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

Dirección:

Attn: Civil Rights Coordinator
PO Box 818001,
Cleveland, OH 44181-8001

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: **MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

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

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

Los formularios de reclamos están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health: **AetnaBetterHealth.com/Oklahoma**.

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

OK-23-07-36-SP (rev 11/24)

Multi-language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

SPANISH: ESPAÑOL: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

TRADITIONAL CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1 844-365-4385** (TTY: **711**)。

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

Arabic: ملاحظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

HMONG: LUS CEEV: Yog tias koj hais Lus Hmoob, ces yuav muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

FRENCH: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

LAO: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທຫາເບີ **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

THAI: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

CHEROKEE: ᎭᏕᏎᏙᏗ: ᏔᏥᏃ ᏣᎳᎩ ᏕᏫᏂᏍᏙᏗ ᏍᏫᏂᏙᎩ, ᏕᏫᏂᏍᏙᏗ ᏔᏥᏍᏓᏥᏗ ᏫᏍᏓᏕᏅᏗ ᏔᏥᏍᏔᏅᏗ, ᎠᏎᏙᏃ ᏣᏂᏍᏗᏙᏗ ᏧᎵᏍᏗ, ᏂᏍ ᏍᏃ ᏅᏥᏫᏙᏥᏗᏍᏗ. ᏍᏗᏍᏆᏂᏏ **1 844-365-4385** (TTY: **711**).

Farsi: توجه : اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره **1 844-365-4385** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Urdu: خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1 844-365-4385** (TTY: **711**)

BURMESE: မြန်မာ - သတိ - သင်မြန်မာစကားပြောဆိုပါက သင့်ထံ ဘာသာစကား ကူညီပံ့ပိုးရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ပေးဆောင်သွားပါမည်။ သင့်အိုင်ဒီကတ်၏ကျောဘက်ရှိ နံပါတ် သို့မဟုတ် **1 844-365-4385** (TTY: **711**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

SoonerSelect | aetna®

AetnaBetterHealth.com/Oklahoma

4520048-01-01 (02/2025)

Aetna Better Health® of Oklahoma