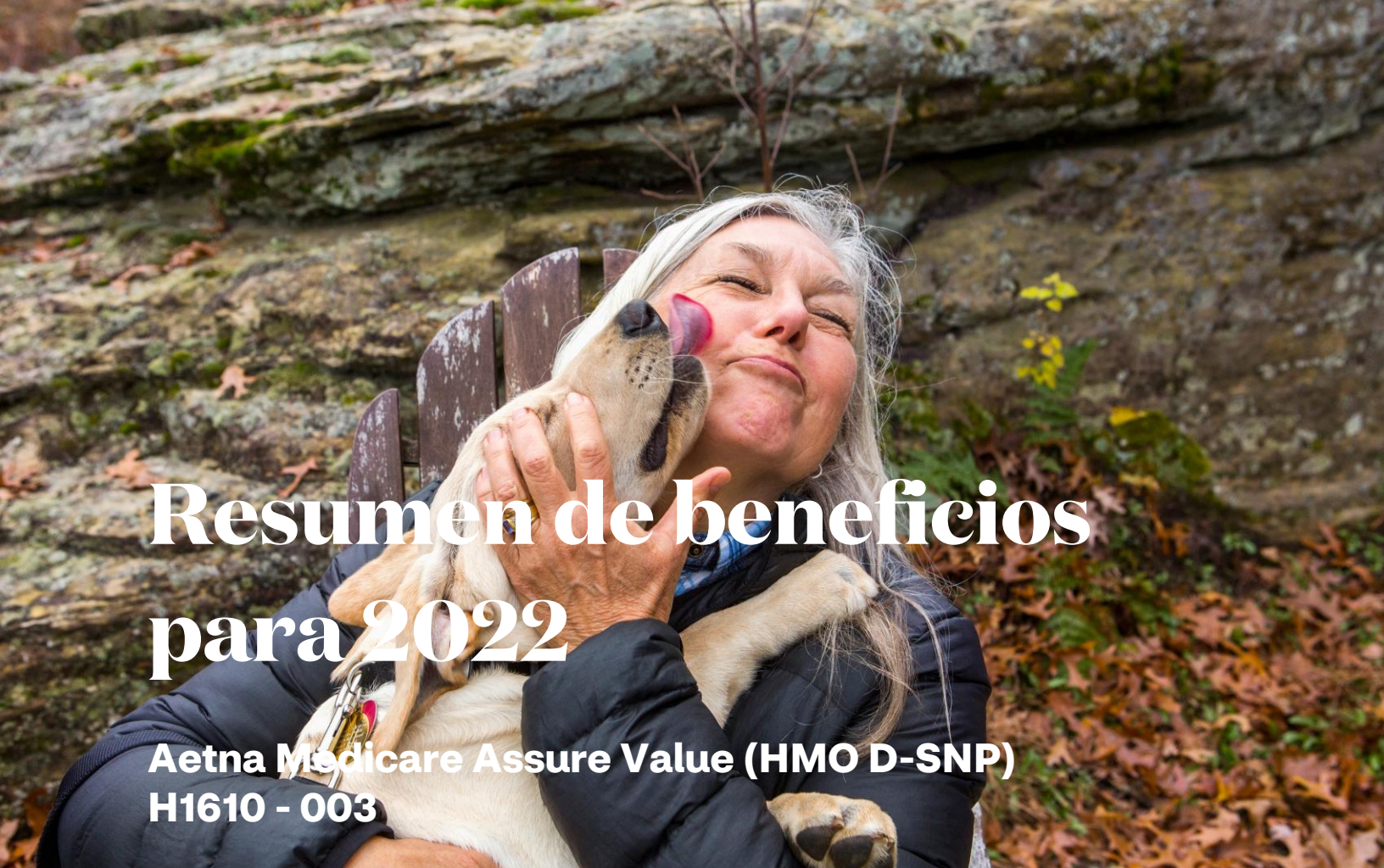




Resumen de beneficios para 2022

**Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)
H1610 - 003**



Este es un resumen de los servicios que cubriremos desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022. Recuerde: este es solo un resumen. ¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones? Solo visite www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp, donde encontrará la Evidencia de cobertura (EOC) del plan, o llámenos para solicitar una copia.

Estamos aquí para ayudar

Puede que tenga preguntas mientras lea esta información. Y está bien, estamos aquí para ayudar.

¿Aún no es miembro?

Llame al 1-844-934-3324 (TTY: 711).

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
Un miembro del equipo de Aetna® atenderá su llamada.

¿Ya es miembro?

Llame al 1-855-463-0933 (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Un miembro del equipo de Aetna atenderá su llamada.

Una mejor salud es un trabajo en equipo

Con nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad o D-SNP de Medicare Advantage tendrá un equipo de atención personal de su lado, listo para ayudarle a alcanzar la mejor salud posible y facilitarle la vida.

- Su **enfermero administrador de atención** es un único punto de contacto para ayudar a coordinar su atención.
- Su **trabajador social** lo pondrá en contacto con programas en su comunidad y ayudará con las preguntas que tenga sobre los servicios sociales.
- Su **coordinador de atención** ayudará a programar citas médicas, organizar traslados y trabajará con usted para satisfacer sus necesidades personales.
- Su **defensor de miembros** lo ayudará a acceder a beneficios de Medicaid del estado.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe hacer lo siguiente:

- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye cobertura a nivel estatal en Virginia.
- Tener la Parte A de Medicare.
- Tener la Parte B de Medicare.
- Estar en un Programa de ahorros de Medicare (MSP) o reunir los requisitos para los beneficios de Medicaid del estado.

Programa de ahorros de Medicare	Lo que cubre
Beneficiario calificado de Medicare (QMB)	Medicaid cubre sus deducibles, primas, copagos y coseguros de Medicare para recibir los servicios médicos. Solo pagará copagos para medicamentos con receta de la Parte D.

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna® Y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cuando visite al médico o vaya a la farmacia.



Información que se debe saber

Nuestro D-SNP es para personas con Medicare que también son elegibles para Medicaid. Reemplaza su cobertura de Original Medicare. Seguirá teniendo Medicare, pero recibirá esto a través de nosotros en lugar del gobierno federal. Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y, además, ofrecemos otros beneficios y servicios.

Su plan no requiere que reciba una remisión de su PCP para consultar a un especialista. Sin embargo, es posible que el especialista le solicite una de todas formas.

	Original Medicare	Este plan
Cubre sus servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare.	✓	✓
Ofrece cobertura que supera la Parte A y la Parte B de Medicare.	—	✓
Cubre sus medicamentos con receta.	—	✓
Incluye una membresía de acondicionamiento físico SilverSneakers®.	—	✓
Ofrece un enfermero personal administrador de atención.	—	✓
Ofrece beneficios dentales que incluyen dentaduras postizas.	—	✓
Ofrece beneficios para la vista que incluyen lentes de contacto y anteojos.	—	✓
Ofrece audífonos.	—	✓
Ofrece una asignación para productos de venta libre.	—	✓
Requiere que tenga un médico de atención primaria (PCP).	—	✓

Beneficios médicos y hospitalarios

Lo que paga depende del nivel de MSP que tenga (elegibilidad para Medicaid).

Quienes sean QMB o reciban todos los beneficios de Medicaid pagarán \$0.



Prima del plan, deducible y monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)

Costos que paga de su bolsillo

Prima mensual	\$0
Deducible del plan	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)	Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de bolsillo.



Cobertura hospitalaria

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio Sus costos en nuestro plan

Pacientes internados	\$0
Pacientes externos (servicios hospitalarios de observación)	\$0
Hospital para pacientes externos	\$0
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio	\$0



Consultas al médico

Debe elegir un médico de nuestra red del plan como su **médico de atención primaria (PCP)**. Cuando se inscriba, le preguntaremos quién es su PCP. Si no elige, le asignaremos uno. Llámenos para cambiar su PCP en cualquier momento.

Beneficio Sus costos en nuestro plan

Consulta con el PCP	\$0
Consulta con un especialista	\$0



Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención preventiva	\$0
Atención de emergencia o de urgencia, incluida una ambulancia (dentro o fuera de los EE. UU.)	\$0 Cobertura máxima: \$50,000 (lo máximo que pagaremos por su atención de emergencia y urgencia combinada en todo el mundo).



Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y diagnóstico por imágenes

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios de radiología de diagnóstico, como MRI	\$0
Servicios de laboratorio	\$0
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	\$0
Radiografías para pacientes externos	\$0



Servicios auditivos

NationsHearing proporciona nuestro **beneficio auditivo**. Para que cubramos sus audífonos, debe comprarlos a través de NationsHearing.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico	\$0
Exámenes auditivos de rutina (un examen por año)	\$0 Debe programar sus citas a través de NationsHearing.
Audífonos: cobertura máxima	Hasta \$2,500 por oído por año Su beneficio de audífonos tiene una asignación. Recuerde: Si elige un audífono que cuesta más que su asignación, tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará el monto adicional.



Servicios dentales

Para que cubramos sus **servicios dentales**, debe consultar a un dentista de la red DentaQuest. Para encontrar un dentista, use el número de teléfono o el sitio web que figura en la tabla de referencia rápida de contactos. Cubrimos servicios dentales preventivos e integrales. Esto incluye limpiezas, radiografías, empastes, extracciones y dentaduras postizas.

Los servicios cosméticos, como el blanqueamiento de dientes, no están cubiertos.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes bucales, limpiezas y radiografías	\$0
Empastes y extracciones	\$0
Cobertura máxima	Beneficio máximo de \$2,000 por año Su cobertura dental tiene un beneficio máximo. Recuerde: Si la atención dental cuesta más que el máximo, tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará el monto adicional.



Servicios de la vista

VSP proporciona nuestro **beneficio de la vista**. Para que cubramos sus lentes de contacto o anteojos, debe consultar a un médico de la red de VSP. Para encontrar un médico, use el número de teléfono o el sitio web que figura en la tabla de referencia rápida de contactos.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	\$0
Pruebas de detección de glaucoma	\$0
Examen de la vista de rutina (uno por año)	\$0
Lentes de contacto y anteojos (incluye cobertura después de la cirugía de cataratas y marcos y lentes que Medicare no suele cubrir)	Hasta \$300 por año Recuerde: Si compra anteojos que cuestan más que su asignación, tendrá que pagar la diferencia. Y su plan no le reembolsará el monto adicional.

**Servicios de salud mental**

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Hospitalización psiquiátrica	\$0
Terapia grupal e individual (pacientes externos)	\$0
Terapia psiquiátrica individual (para pacientes externos)	\$0

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y terapia**

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina una **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (hasta 100 días)	\$0
Fisioterapia y terapia del habla	\$0
Terapia ocupacional	\$0

**Transporte en ambulancia y de rutina**

ModivCare proporciona nuestro **beneficio de transporte** de rutina. **Recuerde:** Todos los viajes están sujetos a un límite de millas, a menos que lo aprobemos antes. Además, debe programar su viaje con ModivCare con al menos **48 horas de anticipación**.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Ambulancia (terrestre o aérea: viaje de ida o de vuelta)	\$0 A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos una ambulancia aérea. Esto se denomina autorización previa o precertificación.
Transporte de rutina que no sea de emergencia (48 viajes de ida o vuelta por año)	\$0



Medicamentos de la Parte B de Medicare

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina autorización previa o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Medicamentos quimioterapéuticos	\$0
Otros medicamentos de la Parte B	\$0



Los costos de la Parte D dependen de la Ayuda adicional que reciba.

Algunos medicamentos requieren autorización previa. Esto significa que debe recibir nuestra aprobación antes de que lo cubramos. Los montos que figuran a continuación corresponden a suministros para 30, 60 o 100 días (incluye medicamentos de infusión en el hogar obtenidos a través de su beneficio de la Parte D; los medicamentos especializados tienen un límite de 30 días). También aplican a su beneficio de farmacia de pedido por correo CVS®. Para ver el nivel de un medicamento, visite nuestra Lista de medicamentos cubiertos (denominada formulario) en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/formulary).

Deducible: \$0

Período sin cobertura: Con la Ayuda adicional, pagará los costos de la tabla de abajo.

Cobertura en situaciones catastróficas: con la Ayuda adicional, pagará \$0.

Sus costos (Cobertura inicial)	Suministro para 30, 60 o 100 días (suministro para 31 días para la atención a largo plazo) - Red estándar
Medicamentos en los Niveles 1 y 2	\$0
Otros medicamentos	(Los costos que figuran a continuación se basan en su Ayuda adicional de la Parte D. También se conoce como Subsidio por bajos ingresos o LIS).
Medicamentos genéricos (por lo general, Niveles 1 y 2)	\$0, \$1.35 o \$3.95
Todos los demás medicamentos (por lo general, Niveles 3, 4 y 5)	\$0, \$4.00 o \$9.85
Si no recibe la Ayuda adicional o pierde su Medicaid o la Ayuda adicional en el transcurso del año, tendrá que pagar los costos indicados en la EOC para los medicamentos de la Parte D.	

Si desea obtener más información sobre Original Medicare, consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para verlo en línea. O bien, solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Otros beneficios cubiertos

Es posible que su médico necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.



Beneficio de venta libre (OTC)

Incluye productos de nuestro catálogo de OTC (cvs.com/otchs/myorder), como analgésicos, medicamentos para el resfrío y vitaminas. Obtenga productos de salud y bienestar de venta libre por correo o en las tiendas CVS® participantes.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
OTC (\$315 por trimestre)	\$0



Telesalud y línea de enfermería durante las 24 horas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Línea de enfermería durante las 24 horas	\$0 Hable con un enfermero certificado en cualquier momento del día o de la noche.
Telesalud	Usted puede recibir servicios de atención primaria, de médicos especialistas, de salud mental y de urgencia a través de una consulta virtual. Los miembros deben comunicarse con su médico para obtener más información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, los miembros también tienen la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, MinuteClinic Video Visit u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Los miembros pueden acceder a Teladoc visitando https://www.teladoc.com/aetna/ o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Los miembros pueden consultar si las videoconsultas de MinuteClinic están disponibles en su área en https://www.cvs.com/minuteclinic/virtual-care/videovisit.



Abuso de sustancias

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Terapia individual para el abuso de sustancias (pacientes externos)	\$0



Equipo/suministros médicos

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Equipo médico duradero (DME), como máquinas de CPAP*, sillas de ruedas y oxígeno	\$0
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	\$0
Prevención de caídas	\$0 Hasta \$150 por año para determinados productos de seguridad clínicamente apropiados para su hogar. Estos pueden mejorar su capacidad para desplazarse por su hogar. Un administrador de atención de Aetna determinará su elegibilidad para recibir este beneficio.

*CPAP significa “presión positiva continua en las vías respiratorias”



Atención y comidas a domicilio

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención médica a domicilio	\$0
Comidas	\$0 14 comidas en un período de 7 días después de que haya recibido el alta de un hospital como paciente internado o de una estadía en un centro de atención de enfermería especializada



Suministros para la diabetes y de diálisis

Cubrimos los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes de **LifeScan/OneTouch®**. **Recuerde: No** cubrimos otras marcas a menos que obtenga nuestra aprobación primero.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para la diabetes	\$0
Diálisis	\$0

**Atención de los pies (servicios de podiatría)**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare	\$0
Atención de rutina de los pies (tres consultas por año)	\$0

**Atención de la espalda**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención de quiropráctica	\$0 para la atención cubierta por Medicare

**Beneficio de acondicionamiento físico**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
SilverSneakers®	\$0 Es elegible para recibir una membresía básica en los centros participantes de SilverSneakers®. Si prefiere ejercitarse en casa, también puede acceder a clases en línea o recibir los kits de acondicionamiento físico para el hogar.

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

Referencia rápida de contactos

Nombre del contacto	Número de teléfono (TTY: 711)	Sitio web
Aetna®: antes de inscribirse	1-844-934-3324	www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp
Aetna: después de inscribirse	Servicio al Cliente: 1-855-463-0933 Equipo de atención personal: 1-855-463-0933	www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp
Su agente/corredor (utilice este espacio para el número de teléfono de su agente/corredor)		
Encontrar un médico, un hospital, una farmacia o un dentista de la red	1-855-463-0933	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider
Línea de enfermería durante las 24 horas	1-855-463-0933	Comuníquese por teléfono
DentaQuest (atención dental)	1-800-508-6782	dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/
LifeScan/OneTouch®	1-877-764-5390 Código de orden: 123AET200	OneTouch.orderpoints.com Código de orden: 123AET200
ModivCare (transporte)	1-844-452-9375	logisticare.com/transportation
NationsHearing®	1-877-225-0137	NationsHearing.com/Aetna
Beneficio de venta libre (OTC)	1-833-331-1573	cvs.com/otchs/myorder
SilverSneakers®	1-888-423-4632	SilverSneakers.com
VSP (atención de la vista)	1-800-877-7195	vsp.com/eye-doctor

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Aetna Medicare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red. En la opción de pedido por correo, puede recibir medicamentos con receta en su hogar a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al número que figura en su tarjeta de identificación si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros tienen la opción de inscribirse para la entrega automática de pedidos por correo.

Aetna, CVS Pharmacy® y MinuteClinic, LLC (que opera o proporciona determinados servicios de apoyo de administración a puestos de asistencia médica básica de MinuteClinic) forman parte de la familia de compañías de CVS Health®. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

© 2021 Aetna Inc.

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **1-844-934-3324 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Comprender los beneficios

- ☐ Consulte la lista completa de beneficios, que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los que normalmente consulta a un médico. Visite **www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp** o llame al **1-844-934-3324 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- ☐ Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.

Comprender las normas importantes

- ☐ Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes. La prima de la Parte B está cubierta para los miembros con doble elegibilidad completa.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad para inscribirse dependerá de la verificación de si tiene derecho a recibir asistencia médica y de Medicare de un plan estatal conforme a Medicaid.