

AETNA BETTER HEALTH®

Descripción de la cobertura - Portada

La Managed Care Reform and Patient Rights Act (ley de reforma de cuidado administrado y derechos del paciente) de 1999 estableció derechos para los miembros de planes de atención de salud que incluyen lo enumerado a continuación:

- Qué tipo de visitas a la sala de emergencia pagará su plan de atención de salud.
- Cómo tener acceso a especialistas (tanto dentro de la red como fuera de ella).
- Cómo presentar reclamos y apelar decisiones de su plan de atención de salud.
- Cómo obtener información sobre su plan de atención de salud, que incluye información general sobre sus acuerdos financieros con proveedores.

Le aconsejamos que analice y se familiarice con estos temas y con la información sobre beneficios que le ofrecemos en la hoja de análisis adjunta sobre la descripción de la cobertura. Como la descripción de la cobertura no es un documento legal, para obtener la información completa sobre sus beneficios, consulte su contrato o certificado, o comuníquese con su plan de atención de salud al número gratuito que aparece en la próxima página. Ante cualquier contradicción entre su descripción de la cobertura, y el contrato o certificado, prevalecerán los términos del contrato o certificado.

Para obtener información y ayuda en general, comuníquese con el Departamento de Cuidados de Salud y Servicios Familiares de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services) al **1-800-226-0768**. (Tenga en cuenta que este departamento no podrá ofrecerle información específica sobre el plan. Para obtener este tipo de información, debe comunicarse con su plan de atención de salud directamente).

Hoja de análisis sobre la descripción de la cobertura

Área de servicio

Los miembros deben residir en los siguientes condados para poder inscribirse en Aetna Better Health:

- Zona suburbana de Cook (áreas cuyos códigos postales no comienzan con “606”)
- DuPage
- Kane
- Kankakee
- Lake
- Will
- Otros condados según los apruebe el Departamento de Cuidados de Salud y Servicios Familiares de Illinois

Exclusiones y limitaciones

A continuación se enumeran algunos de los servicios que no están incluidos en este plan. Comuníquese con Servicios al Cliente al **1-866-212-2851** para obtener más información.

- Procedimientos experimentales
- Procedimientos o cirugías cosméticos
- Pruebas y tratamiento de infertilidad
- Consultas solicitadas por un tercero o una agencia
- Acupuntura

Precertificación y revisión de utilización

Cuando la atención no es de emergencia, el proveedor de cuidado primario (PCP) del miembro debe participar en las internaciones en hospital al aprobar anticipadamente las admisiones optativas, la cirugía ambulatoria y los servicios especializados, y estar de acuerdo con todos ellos. Además de la aprobación previa del PCP para las admisiones optativas, las admisiones en hospital exigen la autorización del director médico del plan de salud o de un representante encargado del Departamento de Manejo de Utilización (UM). El PCP o el especialista deben hacer todos los arreglos necesarios para la hospitalización, los procedimientos ambulatorios u otros servicios, siempre que sean médicamente necesarios según se define en el certificado de cobertura.

Atención de emergencia

Ante una emergencia, el miembro debe buscar atención médica inmediata llamando al **9-1-1** o dirigiéndose al departamento de emergencias del hospital más cercano. Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos aunque los preste un proveedor no participante. Los servicios de atención de posestabilización médicamente necesarios prestados por un proveedor no participante están cubiertos si el plan de salud los aprobó previamente o si no se niega a aprobarlos dentro de una hora del intento de buena fe del proveedor no participante de obtener aprobación del plan de salud para tales servicios.

Selección de proveedor de cuidado primario (PCP)

Los miembros deben elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) del directorio de proveedores disponible en el momento de la inscripción. El PCP del miembro es el hogar médico de este y es responsable de brindar y coordinar la atención mediante recomendaciones para obtener atención especializada y otros servicios. Los miembros pueden cambiar su PCP llamando a Servicios al Cliente al **1-866-212-2851**.

Cobertura fuera del área

La cobertura fuera del área está disponible solo para obtener atención de emergencia. Una vez que la condición se ha estabilizado, el miembro debe regresar a su área de servicios tan pronto como sea médicamente aconsejable para recibir los servicios cubiertos continuos o de seguimiento.

Acceso a la atención especializada

Un PCP puede recomendar a un proveedor especialista participante para que el miembro reciba servicios cubiertos médicamente necesarios. Un miembro puede consultar a un proveedor especialista participante para obtener servicios cubiertos médicamente necesarios si el especialista obtiene la aprobación previa del plan de salud. En algunos casos, un especialista participante puede solicitar una autorización permanente.

Si el plan de salud determina que una solicitud de autorización de un especialista es pertinente para brindar servicios médicamente necesarios y no hay un especialista calificado que sea un proveedor participante, el plan de salud puede aprobar una autorización a un especialista que no es un proveedor participante. Sin embargo, dicho especialista debe ser un proveedor del Programa de Asistencia Médica de Illinois.

Los miembros mujeres pueden consultar, además de a un PCP, a un médico de familia, obstetra o ginecólogo, o un proveedor de atención médica de mujeres (WHCP) sin una remisión para todos los servicios cubiertos. Si se solicita un WHCP como PCP, el plan de salud obedecerá los procedimientos y protocolos de utilización y garantía de calidad del plan de salud para evaluar al WHCP como PCP.

Los miembros no necesitan una aprobación previa para tener acceso a servicios cubiertos si el proveedor participa en la red del plan de salud. Entre estos se incluyen los servicios de emergencia, de salud del comportamiento, de la visión y dentales. Además, los miembros pueden obtener servicios de planificación familiar de proveedores fuera de la red.

Responsabilidad financiera

No hay copagos, deducibles ni primas que deba pagar el miembro por atención elegible y cubierta.

Continuidad en la atención

Sujeto a ciertas condiciones, un nuevo miembro, que precisa un tratamiento continuo, o que se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo, puede solicitar seguir consultando a su proveedor actual aunque este proveedor no tenga un contrato con Aetna Better Health hasta noventa (90) días después de la fecha de vigencia de la cobertura, en caso de un tratamiento continuo, y con atención de posparto directamente relacionada con el parto en caso de embarazo.

Sujeto a ciertas condiciones, si el proveedor participante actual del miembro abandona la red del plan de salud y el miembro se encuentra recibiendo un tratamiento continuo de ese proveedor participante, o el miembro se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo y recibe atención del proveedor participante, dicho miembro puede solicitar seguir consultando a ese proveedor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que el plan de salud notifica al miembro que ese proveedor abandona la red del plan de salud.

En ambos casos, para que los servicios que un proveedor le ofrece a un miembro estén cubiertos por el plan de salud, el proveedor debe aceptar las políticas y los procedimientos de mejoramiento de calidad y utilización del plan, y las tarifas. Si se rechazan los servicios solicitados y el miembro desea apelar la decisión, este debe realizar la solicitud dentro de los treinta (30) días de recibir la notificación del rechazo. El plan de salud responderá por escrito quince (15) días después de haber recibido toda la información necesaria, y dicha respuesta será la aprobación o la razón específica para rechazar la solicitud.

Proceso de reclamaciones y apelaciones

Todas las reclamaciones y apelaciones deben presentarse primero ante el plan de salud para su resolución, pero pueden presentarse luego para su apelación ante el Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Por temas administrativos, los miembros pueden presentar reclamaciones por escrito o por teléfono a Servicios al Cliente. El miembro recibirá por correo una resolución de la reclamación, a menos que esta se trate en forma oral o informalmente. Si el miembro no está conforme con la resolución, puede apelar la decisión tomada al respecto. Dicha decisión se informará al miembro, y en esta comunicación se incluirá la información sobre este proceso.

Por temas clínicos, los miembros pueden apelar decisiones que evaluará el comité del plan de salud. Este comité incluye a un par profesional que no participó en la decisión original. En todas las apelaciones, el miembro y el proveedor recibirán la notificación en forma oral y escrita dentro de un período que se fijará de acuerdo con la naturaleza de la apelación, por ejemplo, acelerada o no acelerada. En toda comunicación al miembro se incluirá información sobre cada etapa de este proceso.

Los miembros pueden llamar al **1-866-212-2851** para recibir más información sobre el proceso de apelaciones y solicitar ayuda para presentar una reclamación o una apelación.

Cuando el miembro no esté conforme con la resolución del plan de salud para toda apelación, este puede solicitar una audiencia imparcial del Departamento de Cuidados de Salud y Servicios Familiares de Illinois en el siguiente sitio:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
401 S Clinton Street, 6th Floor
Chicago, IL 60607
1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429)

IMPORTANTE: Ante cualquier contradicción entre su descripción de la cobertura y el certificado de cobertura, prevalecerán los términos del contrato o certificado.

Nombre del plan: **Aetna Better Health Inc., an Illinois Corporation**

Dirección: **One South Wacker Drive
Mail Stop F646
Chicago, IL 60606**

Número telefónico gratuito: **1-866-212-2851**

Descripción de la cobertura

*Se aplican algunas limitaciones. Consulte su certificado de cobertura o llame a Servicios al Cliente para obtener más información.

Aspectos básicos	Su médico	Debe elegir un PCP en el momento de la inscripción. Puede realizar cambios si llama a Servicios al Cliente.		
	Deducible anual	Ninguno		
	Desembolso	Ninguno		
	Máximos de por vida	Ninguno		
	Limitaciones de condiciones preexistentes	Ninguno		
		Descripción de la cobertura	Cobertura del plan de salud	Usted paga
En el hospital	Número de días de atención en hospital	Todo	100%	0%
	Habitación y comida	Todo	100%	0%
	Tarifa del cirujano	Todo	100%	0%
	Visitas al médico	Todo	100%	0%
	Medicamentos		100%	0%
	Otros gastos varios	Servicios elegibles y medicamento necesarios, como laboratorio, radiología y suministros brindados por el hospital		100%

Atención de emergencia	Servicios de emergencia	Una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos lo suficientemente graves (que incluyen dolor intenso) como para que una persona común y prudente, con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina, pueda esperar con toda razón que la falta de atención médica inmediata podría: (i) poner en grave peligro la salud de la persona (o, si se trata de una embarazada, la salud de la mujer y su hijo por nacer); (ii) deteriorar en gran medida las funciones del cuerpo; (iii) dañar seriamente un órgano o una parte del cuerpo.	100%	0%
	Servicios de posestabilización de emergencia	Servicios prestados a un miembro en un hospital habilitado por un proveedor calificado para brindar tales servicios, y definidos como médicamente necesarios y directamente relacionados a una condición médica de emergencia posterior a la estabilización.	100%	0%
En el consultorio del médico	Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de cuidado primario y al especialista	100%	0%
	Exámenes físicos de rutina	Cubierto	100%	0%
	Exámenes y radiografías de diagnóstico	Cubierto	100%	0%
	Vacunas	Cubierto	100%	0%
	Pruebas y tratamiento de alergias	Cubierto	100%	0%
Servicios médicos	Cirugía ambulatoria	Cubierto	100%	0%
	Atención de maternidad			
	- En hospital	Cubierto	100%	0%
	- Del médico	Cubierto	100%	0%
Servicios para infertilidad	No está cubierto.			
Salud mental				
- Ambulatorio	Cubierto	100%	0%	
- Internado	Cubierto	100%	0%	

	Abuso de sustancias - Ambulatorio - Internado	Cubierto Cubierto	100% 100%	0% 0%
	Servicios de rehabilitación ambulatoria	Cubierto	100%	0%
Otros servicios	Hospicio	Cubierto	100%	0%
	Atención médica domiciliaria	Cubierto	100%	0%
	Farmacia y medicamentos con receta	Cubierto <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos por correo suministros de medicamentos con receta para 90 días • Cobertura ampliada para medicamentos de venta libre (OTC) para todos los miembros 	100%	0%
	Enfermería especializada	Cubierto	100%	0%
	Equipo médico duradero	Cubierto con autorización previa	100%	0%
	Quiropráctico	Cubierto con algunos límites	100%	0%
	Servicios dentales	Cubierto <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas dentales dos veces al año para adultos • “Ensayos de visitas” si es necesario • Servicios dentales móviles para miembros en centros de atención intermedia y hogares de ancianos 	100%	0%
	Cuidado de la visión	Cubierto con algunos límites	100%	0%
	Transporte médico	Cubierto <ul style="list-style-type: none"> • Incluye traslados a citas con proveedores • Incluye traslados a farmacias inmediatamente después de la visita a un proveedor • Incluye transporte para asistente personal o cuidador 	100%	0%

www.aetnabetterhealth.com/illinois