



AETNA BETTER HEALTHSM FIDA PLAN

Manual para participantes 2017



Aetna Better Health FIDA Plan es un plan de cuidado administrado que tiene un contrato con Medicare y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA).

Información útil

Departamento de Servicios para participantes
1-855-494-9945 (TTY: 711)

Transporte que no sea de emergencia
1-866-334-8919

Dirección

Aetna Better Health FIDA Plan
55 W. 125th St., Suite 1300
New York, NY 10027

Información personal

Mi número de identificación

Mi PCP (proveedor de atención primaria)

El número de teléfono de mi PCP

El nombre y el número de teléfono de mi administrador de atención

Aetna Better Health FIDA Plan

Manual para participantes

Del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017

Su cobertura de salud y para medicamentos en virtud de Aetna Better Health FIDA Plan

En este manual, se proporciona información sobre su cobertura en virtud de Aetna Better Health FIDA Plan (plan de Medicare y Medicaid) desde el día de su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan hasta el 31 de diciembre de 2017. Además, se explica cómo Aetna Better Health FIDA Plan cubre los servicios de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos con receta, sin costo alguno para usted. Se explican los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual, los medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo que cubre Aetna Better Health FIDA Plan. Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen la atención a largo plazo basada en el centro y los servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad. Los servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad le proveen la atención que necesita en su hogar y comunidad. Esto puede ayudarle a reducir sus posibilidades de ir a un centro de atención de enfermería o a un hospital.

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

Aetna Better Health FIDA Plan es un plan Fully Integrated Duals Advantage (FIDA) ofrecido por Aetna Better Health of New York. Cuando este *Manual para participantes* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Aetna Better Health of New York. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Better Health FIDA Plan.

Usted puede obtener este manual de forma gratuita en otros idiomas. Llame al 1-855-494-9945 (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

You can get this information free in other languages. Call **1-855-494-9945** or TTY/TDD: **711** during 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

È possibile ottenere queste informazioni gratuitamente in alter lingue. Chiamare il numero **1-855-494-9945** e il número **711** per il servizio TTY/TDD per I non udenti, 24 ore al giorno 7 giorno alla settimana. La chiamata è gratuita.

Ou kapab jwenn enfòmasyon saa pou gratis nan lòt lang. Rele **1-855-494-9945** ak **711** pou TTY/TDD, 24 èd tan chak jou, 7 jou pasemèn. Apèl la gratis.

可以免費取得本資訊的其他語言版本。請撥打 **1-855-494-9945**，若使用 TTY/TDD 請撥 **711**，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此_☐免費電話。



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Вы можете бесплатно получить эту информацию в переводе на другой язык. Позвоните по телефону **1-855-494-9945**. Линия работает круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные. Если вы пользуетесь устройством TTY/TDD, звоните по телефону **711**.

다른 언어로 이 정보를 무료로 받으실 수 있습니다. 연중 무휴 24 시간 **1-855-494-9945** 번 또는 TTY/TDD 의 경우 **711** 번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Puede obtener este manual de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Un administrador de atención lo llamará después de convertirse en un participante de Aetna Better Health FIDA Plan. Durante esta llamada se le preguntará si prefiere un idioma o formato para recibir la información del plan. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes o su administrador de atención para cambiar sus preferencias en cualquier momento.

Descargos de responsabilidad

Aetna Better Health FIDA Plan es un plan de cuidado administrado que tiene un contrato con Medicare y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA).

Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Para más información, llame al Departamento de Servicios para participantes de Aetna Better Health FIDA Plan o lea el Manual para participantes de Aetna Better Health FIDA Plan. Esto significa que debe cumplir con ciertas normas para que Aetna Better Health FIDA Plan pague por sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer algún cambio que le afecte a usted.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

El estado de Nueva York ha creado un programa del Defensor de los participantes llamado Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) para brindarles a los participantes asistencia gratuita y confidencial con cualquiera de los servicios que ofrece Aetna Better Health FIDA Plan. Puede comunicarse con la ICAN gratis al 1-844-614-8800 o por Internet en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 1: Primeros pasos como participante

Índice

- A.** Bienvenido a Aetna Better Health FIDA Plan 4
- B.** ¿Qué son Medicare y Medicaid? 4
 - Medicare..... 4
 - Medicaid..... 4
- C.** ¿Cuáles son las ventajas de este plan FIDA? 5
- D.** ¿Cuál es el área de servicio de Aetna Better Health FIDA Plan? 6
- E.** ¿Qué requisitos son necesarios para ser participante del plan?..... 6
- F.** Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan FIDA 7
- G.** ¿Qué es un plan de servicio centrado en la persona? 8
- H.** ¿Tiene Aetna Better Health FIDA Plan una prima mensual del plan? 8
- I.** Acerca del Manual para participantes..... 8
- J.** ¿Qué otra información le enviaremos? 8
 - Su tarjeta de identificación de participante de Aetna Better Health FIDA Plan..... 9
 - Directorio de proveedores y farmacias..... 9
 - Lista de medicamentos cubiertos 10
 - Explicación de beneficios 11
- K.** ¿Cómo puede mantener actualizado su registro de participante? 11
 - ¿Mantenemos la privacidad de su información de salud personal? 11



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Bienvenido a Aetna Better Health Premier Plan

Aetna Better Health FIDA Plan es un plan Fully Integrated Duals Advantage (FIDA). Un *plan FIDA* es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También posee administradores de atención y equipos interdisciplinarios (IDT) para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.

Aetna Better Health FIDA Plan fue aprobado por el estado de Nueva York y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte de la demostración del programa FIDA.

FIDA es un programa de demostración administrado de manera conjunta por el estado de Nueva York y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. Con esta demostración, tanto el gobierno estatal como federal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid. En la actualidad, se ha estipulado que esta demostración dure hasta el 31 de diciembre de 2017.

Aetna Better Health of New York ha estado sirviendo a los miembros de cuidado administrado a largo plazo (MLTC) en Nueva York desde 2011. Nuestra compañía matriz, Aetna, tiene más de 30 años en la administración de cuidado para personas inscritas en Medicaid y Medicare. Entendemos las necesidades de nuestros participantes. Trabajaremos con proveedores locales y grupos de la comunidad de Nueva York para satisfacer esas necesidades.

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

Medicare

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

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; y
- personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

Medicaid

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

Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, y quiénes reúnen los requisitos. Cada estado también decide qué servicios están cubiertos y el costo de dichos servicios. Los estados pueden decidir sobre cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Medicare y el estado de Nueva York deben aprobar Aetna Better Health FIDA Plan cada año. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- sea elegible para participar en la demostración del programa FIDA;
- decidamos ofrecer el plan FIDA; y
- Medicare y el estado de Nueva York aprueben la participación de Aetna Better Health FIDA Plan en la demostración del programa FIDA.

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

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan FIDA?

En la demostración del programas FIDA, usted recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid a través de Aetna Better Health FIDA Plan, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los medicamentos con receta. No debe pagar nada para inscribirse o recibir servicios de este plan. Sin embargo, si tiene Medicaid con un “spend-down” (responsabilidad económica del paciente) o “excess income” (ingresos superiores), continuará pagándose los al plan FIDA.

Aetna Better Health FIDA Plan ayudará a que los beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Aquí están algunas de las ventajas de tener Aetna Better Health FIDA Plan:

- Contará con un equipo interdisciplinario que usted ayudará a conformar. Un equipo interdisciplinario (IDT) es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y trabajarán con usted para desarrollar y llevar a cabo un plan de servicio centrado en la persona específico para sus necesidades. Su IDT puede incluir un administrador de atención, médicos, proveedores de servicios u otros profesionales de salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un administrador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con Aetna Better Health FIDA Plan y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su IDT y su administrador de atención.
- El IDT y el administrador de atención trabajarán con usted para encontrar un plan de servicio centrado en la persona diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades. El IDT estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - » Su IDT se asegurará de que su médico este informado sobre todos los medicamentos que usted toma para que pueda reducir cualquier efecto secundario.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- » Su IDT se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores estén informados sobre los resultados de los exámenes.
- » Su IDT le ayudará a programar y a conseguir sus citas con médicos y otros proveedores.

D. ¿Cuál es el área de servicio de Aetna Better Health FIDA Plan?

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Nueva York: Kings, Nassau, Nueva York, Queens y Suffolk.

Solo aquellas personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Aetna Better Health FIDA Plan.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan.

E. ¿Qué requisitos son necesarios para ser participante del plan?

Usted es elegible para el plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio;
- tenga derecho a la Parte A de Medicare, esté inscrito en la Parte B de Medicare y sea elegible para la Parte D de Medicare;
- sea elegible para Medicaid;
- sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos;
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción;
- requiera 120 días o más de LTSS basados en la comunidad o en el centro, o sea elegible clínicamente para un centro de atención de enfermería y reciba servicios y apoyos a largo plazo basados en el centro; y
- no esté excluido de la inscripción de acuerdo con las exclusiones que se enumeran a continuación.

Usted no podrá inscribirse en nuestro plan si:

- reside en un centro psiquiátrico o en un centro de la Oficina de Salud Mental (OMH) del estado de Nueva York;
- recibe servicios del sistema de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) del estado, ya sea que reciba servicios en un centro de la OPWDD o un centro de tratamiento, o reciba servicios a través de la exención de la OPWDD, ya sea que pueda recibir los servicios en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), pero haya decidido no hacerlo, o hacerlo de otra forma;
- se espera que sea elegible para Medicaid durante menos de seis meses;



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- es elegible para los beneficios de Medicaid solo para servicios relacionados con la tuberculosis, servicios para el cáncer de mama o servicios para el cáncer de cuello de útero;
- recibe servicios de hospicio (en el momento de la inscripción);
- es elegible para el programa de extensión de planificación familiar;
- participa en un programa de tratamiento residencial a largo plazo para el abuso de alcohol o sustancias;
- sea elegible para Medicaid de Emergencia;
- está inscrito en el programa de exención 1915(c) para personas con una lesión cerebral traumática (TBI);
- participa en un programa de vivienda asistida y vive en una vivienda de este tipo; o
- participa en la Demostración de cuidado de familia adoptiva.

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

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, recibirá una evaluación integral de sus necesidades dentro de los primeros 90 días o dentro de los seis meses de su última evaluación si está inscrito en Aetna Better Health FIDA Plan de Aetna Better Health of New York. Un enfermero certificado de Aetna Better Health FIDA Plan llevará a cabo la evaluación.

Si usted es nuevo en Aetna Better Health FIDA Plan, puede seguir consultando a los médicos a los que consulta ahora y seguir recibiendo los servicios actuales durante un tiempo determinado. Esto se conoce como “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición será de 90 días o hasta que finalice y se implemente su plan de servicio centrado en la persona, lo que sea posterior.

Después del período de transición, usted deberá consultar a los médicos y otros proveedores de la red de Aetna Better Health FIDA Plan. *Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Aetna Better Health Plan FIDA.* Para obtener más información sobre cómo obtener atención, consulte el Capítulo 3.

Existen dos excepciones al período de transición que se indica más arriba:

- Si reside en un centro de atención de enfermería, puede continuar viviendo en dicho centro mientras dure la demostración del programa FIDA, incluso si el centro no participa en la red de Aetna Better Health FIDA Plan.
- Si está recibiendo servicios de un proveedor de salud conductual en el momento de su inscripción, puede continuar obteniendo servicios de dicho proveedor hasta que se complete el tratamiento, pero no por más de dos años. Esto es así incluso si el proveedor no participa en la red de Aetna Better Health FIDA Plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

G. ¿Qué es un plan de servicio centrado en la persona?

En el plazo de los primeros 90 días después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, usted se reunirá con los miembros de su equipo interdisciplinario (IDT) para hablar sobre sus necesidades y desarrollar un plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Un PCSP es un plan para organizar qué servicios de salud, servicios y apoyos a largo plazo, y medicamentos con receta recibirá y cómo los recibirá.

Se volverá a realizar una evaluación integral cuando sea necesario, pero al menos cada seis meses. Dentro de los 30 días de la nueva evaluación integral, su IDT trabajará con usted para actualizar su PCSP. En cualquier momento, puede pedir una nueva evaluación o una actualización de su PCSP llamando a su administrador de atención.

H. ¿Tiene Aetna Better Health FIDA Plan una prima mensual del plan?

No. No hay una prima mensual del plan y no hay otros costos por participar en Aetna Better Health FIDA Plan. Sin embargo, si tiene Medicaid con un “spend-down” (responsabilidad económica del paciente) o “excess income” (ingresos superiores), continuará pagándose los al plan FIDA.

I. Acerca del Manual para participantes

Este *Manual para participantes* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si piensa que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestra acción. Para acceder a la información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o llame a la Red de Defensa del Consumidor Independiente al 1-844-614-8800. También puede hacer un reclamo sobre la calidad de nuestros servicios llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

El contrato está en vigencia durante los meses en que está inscrito en Aetna Better Health FIDA Plan entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

J. ¿Qué otra información le enviaremos?

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de participante de Aetna Better Health FIDA Plan, un *Directorio de proveedores y farmacias*, y una *Lista de medicamentos cubiertos*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Su tarjeta de identificación de participante de Aetna Better Health FIDA Plan

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

<p>AETNA BETTER HEALTH™ FIDA PLAN</p> <p>Participant Name: Last Name, First Name Participant ID: 000000000000 Health Plan (80840): info cd 7 Effective Date: 00/00/00 PCP: Last Name, First Name PCP Phone: 000 000 0000 Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0 CMS - H8056 001</p>	<p>aetna[®]</p> <p>MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small></p> <p>RxBIN: 610591 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8823</p>	<p>In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER) or other appropriate setting. If you are not sure if you need to go to the ER, call your Care Manager or the 24-Hour Nurse Advice line.</p> <p>Participant Services: 1-855-494-9945 (TTY: 711) 24-Hour Nurse Advice: 1-855-494-9945 (TTY: 711) Care Management: 1-855-494-9945 Pharmacy Help Desk: 1-855-64-2979 Website: www.aetnabetterhealth.com/newyork</p> <p>Send claims to: Aetna Better Health FIDA Plan P.O. Box 63848, Phoenix, AZ 85082 Payer ID: 34734</p>
---	--	--

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

Mientras sea participante de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta Medicaid para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante.

Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health FIDA Plan. Mientras sea participante de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 7). También hay algunas excepciones si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan que pueda satisfacer sus necesidades. Usted deberá analizar esto con su equipo interdisciplinario (IDT).

- ➔ Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* cada año llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **www.aetnabetterhealth.com/newyork** o descargarlo de este sitio web.
- ➔ El Directorio de proveedores y farmacias le brinda información sobre cómo obtener atención y enumera los profesionales de salud (como médicos, profesionales en enfermería y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como los proveedores de atención médica diurna para adultos y de atención médica a domicilio) que usted puede consultar como miembro de Aetna Better Health FIDA Plan. También enumera las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos con receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.aetnabetterhealth.com/newyork**.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

- Entre los proveedores de la red de Aetna Better Health FIDA Plan se incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de salud que puede consultar como participante de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud para nuestro plan; y
 - agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan productos y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid.
- Los proveedores de la red han aceptado los pagos de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago en su totalidad. Si consulta a estos proveedores, no deberá pagar por los servicios cubiertos.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado proporcionar los medicamentos con receta a los participantes de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos.
- Excepto en caso de una emergencia, usted *debe* obtener su medicamento con receta en una de nuestras farmacias de la red si quiere que el plan lo pague. No tiene costo para usted cuando obtiene medicamentos con receta en farmacias de la red.

Llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para participantes como el sitio web de Aetna Better Health FIDA Plan pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

Lista de medicamentos cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos, pero se pueden producir algunos cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **www.aetnabetterhealth.com/newyork** o llame al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.aetnabetterhealth.com/newyork**.

Explicación de beneficios

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

La *Explicación de beneficios* le informa la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

La *Explicación de beneficios* también se encuentra disponible a pedido. Para obtener una copia, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para participantes.

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su registro de participante?

Para mantener actualizado su registro de participante, infórmenos si sus datos cambian.

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

Ellos utilizan su registro de participante para saber los servicios y medicamentos que usted recibe. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Si cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
- Si cambia su otra cobertura de seguro de salud, como la que brinda su empleador, el empleador de su cónyuge o la cobertura de compensación laboral.
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia de cuidador o cualquier otra persona responsable por usted.
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cualquier información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Mantenemos la privacidad de su información de salud personal?

Sí. Las leyes nos obligan a mantener la privacidad de sus registros médicos y la información de salud personal. Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes de Aetna Better Health FIDA Plan	14
Comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes por lo siguiente:	14
▪ Preguntas sobre el plan	14
▪ Preguntas sobre reclamaciones, facturación o la tarjeta de identificación de participante	14
▪ Decisiones de cobertura sobre sus servicios y productos	14
▪ Apelaciones sobre sus servicios y productos	14
▪ Quejas sobre sus servicios y productos	15
▪ Decisiones de cobertura sobre los medicamentos	15
▪ Apelaciones sobre sus medicamentos	15
▪ Quejas sobre sus medicamentos	15
▪ Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó	16
B. Cómo comunicarse con su administrador de atención	16
Póngase en contacto con su administrador de atención sobre lo siguiente:	17
▪ Preguntas sobre su atención y sus servicios, productos y medicamentos cubiertos	17
▪ Asistencia para concertar citas y llegar a ellas	17
▪ Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	17
▪ Solicitudes para servicios, productos y medicamentos	17
▪ Requests for a Comprehensive Reassessment or changes to a Person-Centered Service Plan	17
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería	17
Póngase en contacto con la Línea de enfermería sobre lo siguiente:	17
▪ Preguntas inmediatas sobre su salud	17



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

D. Cómo ponerse en contacto con la Línea de crisis de salud conductual 18

 Póngase en contacto con la línea de crisis de salud conductual sobre lo siguiente:..... 18

 ▪ Preguntas sobre servicios de salud conductual 18

 ▪ Cualquier problema que pueda tener 18

E. Cómo ponerse en contacto con el corredor de inscripciones..... 19

 Póngase en contacto con New York Medicaid Choice sobre lo siguiente:..... 19

 ▪ Preguntas sobre sus opciones de plan FIDA..... 19

F. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) 20

 Póngase en contacto con el HHCAP sobre lo siguiente: 20

 ▪ Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare 20

G. Cómo ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)..... 21

 Póngase en contacto con Livanta sobre lo siguiente: 21

 ▪ Preguntas sobre su atención médica..... 21

H. Cómo ponerse en contacto con Medicare..... 22

I. Cómo ponerse en contacto con Medicaid..... 23

J. Cómo ponerse en contacto con la Red de Defensa del Consumidor Independiente 23

K. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Nueva York 24

L. Otros recursos..... 24



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes de Aetna Better Health FIDA Plan

LLAME AL	1-855-494-9945 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health FIDA Plan 55 West 125th Street, Suite 1300 New York, NY 10027
SITIO WEB	www.aetnabetterhealth.com/newyork

Comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes por lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o la tarjeta de identificación de participante
- Decisiones de cobertura sobre sus servicios y productos

Una decisión de cobertura es una decisión sobre si puede obtener ciertos servicios y productos cubiertos o sobre cuánto puede obtener de ciertos servicios o productos cubiertos.

Llámenos o llame a su administrador de atención si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura que Aetna Better Health FIDA Plan o su equipo interdisciplinario (IDT) tomó sobre sus servicios y productos.

➔ Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

▪Apelaciones sobre sus servicios y productos

Una *apelación* es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos o que su IDT tomó sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error o que su IDT cometió un error.

➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

▪ **Quejas sobre sus servicios y productos**

Puede presentar una queja (también denominado "presentar un reclamo") sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (ya sea un proveedor de la red o que no pertenezca a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Aetna Better Health FIDA Plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección G a continuación).

➔ Nota: si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT tomó sobre sus servicios o productos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).

También puede presentar una queja sobre Aetna Better Health FIDA Plan directamente ante Medicare. Puede completar un formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 9.

▪ **Decisiones de cobertura sobre los medicamentos**

Una decisión de cobertura es una decisión sobre si puede obtener ciertos medicamentos cubiertos o sobre cuánto puede obtener de un medicamento cubierto determinado. Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos con receta de Medicaid y a los medicamentos de venta libre de Medicaid según estén cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan. Consulte el Capítulo 5 y la Lista de medicamentos cubiertos para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos y cómo obtener medicamentos cubiertos.

➔ Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

▪ **Apelaciones sobre sus medicamentos**

Una *apelación* es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

▪ **Quejas sobre sus medicamentos**

Puede presentar una queja (también denominado "presentar un reclamo") sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.

➔ Nota: si no está de acuerdo con una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

También puede presentar una queja sobre Aetna Better Health FIDA Plan directamente ante Medicare. Puede completar un formulario en línea en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

▪ **Pago de la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó**

Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.

B. Cómo comunicarse con su administrador de atención

Como participante de Aetna Better Health Plan FIDA, se le asignará un administrador de atención según donde viva y sus necesidades de idioma. Esta es una persona que trabaja con usted y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Recibirá una llamada del administrador de atención para darle la bienvenida a nuestro plan. Su administrador de atención identificará cualquier problema urgente que pueda exigir asistencia inmediata durante la llamada. Su administrador de atención le dará su número de teléfono y dirección de correo electrónico para que pueda contactarlo. También puede comunicarse con su administrador de atención llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**). Es importante que tenga una buena relación con su administrador de atención. Si quiere cambiar de administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para participantes.

LLAME AL	1-855-494-9945 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
ESCRIBA A	Aetna Better Health FIDA Plan 55 West 125th Street, Suite 1300 New York, NY 10027
SITIO WEB	www.aetnabetterhealth.com/newyork



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Póngase en contacto con su administrador de atención sobre lo siguiente:

- Preguntas sobre su atención y sus servicios, productos y medicamentos cubiertos
- Asistencia para concertar citas y llegar a ellas
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Solicitudes para servicios, productos y medicamentos
- Solicitudes para una reevaluación integral o cambios en un plan de servicio centrado en la persona

C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería

Aetna Better Health FIDA Plan tiene una Línea de enfermería disponible para ayudar a responder sus preguntas médicas, brindarle consejos sobre sus opciones de tratamiento y confirmar la inscripción. La Línea de enfermería no toma el lugar de su proveedor de atención primaria pero se encuentra disponible como otro recurso para usted. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Es atendido por profesionales médicos. Puede comunicarse con la Línea de enfermería llamando al **1-855-494-9945** (TTY: **711**).

LLAME AL	<p>1-855-494-9945 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de enfermería se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de enfermería se encuentra disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>

Póngase en contacto con la Línea de enfermería sobre lo siguiente:

- Preguntas inmediatas sobre su salud



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Aetna Better Health FIDA Plan ofrece una línea de crisis de salud conductual. Si necesita atención de salud conductual inmediata y no sabe a quién llamar, puede llamar a nuestra línea de crisis de salud conductual. Es atendida por profesionales médicos que pueden ayudarlo a obtener la atención necesaria cuando necesita ayuda inmediata por un problema mental o si padece una crisis de adicción al alcohol o las drogas. Este número está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Algunos síntomas de una crisis de salud conductual son los siguientes:

- Desesperanza, sensación de que no hay salida.
- Ansiedad, agitación, falta de sueño o cambios de humor.
- Sensación de que no hay razón para vivir.
- Rabia o enojo.
- Participación en actividades riesgosas sin pensarlo.
- Aumento en el abuso del alcohol o las drogas.
- Alejamiento de la familia y los amigos.

LLAME AL	1-855-494-9945 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Póngase en contacto con la línea de crisis de salud conductual sobre lo siguiente:

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Cualquier problema que pueda tener



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

E. Cómo ponerse en contacto con el corredor de inscripciones

New York Medicaid Choice es el corredor de inscripciones del estado de Nueva York para el programa FIDA. New York Medicaid Choice proporciona asesoramiento gratuito sobre sus opciones del plan FIDA y puede ayudarle a inscribirse o cancelar su inscripción en un plan FIDA.

New York Medicaid Choice no está vinculado a ninguna compañía de seguro, plan de cuidado administrado ni plan FIDA.

LLAME AL	1-855-600-FIDA Esta llamada es gratuita. El corredor de inscripciones está disponible de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m., y sábados de 10:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-888-329-1541 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	New York Medicaid Choice P.O. Box 5081 New York, NY 10274
SITIO WEB	http://www.nymedicaidchoice.com

Póngase en contacto con New York Medicaid Choice sobre lo siguiente:

- **Preguntas sobre sus opciones de plan FIDA**

Los asesores de New York Medicaid Choice pueden:

- » ayudarlo a comprender sus derechos;
- » ayudarle a comprender sus opciones del plan FIDA; y
- » responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan FIDA.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

F. Cómo ponerse en contacto con el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. En el estado de Nueva York, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP).

El HIICAP no está vinculado a ninguna compañía de seguro, plan de cuidado administrado ni plan FIDA.

LLAME AL	1-800-701-0501 Esta llamada es gratuita.
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits

También puede ponerse en contacto con la oficina local de HIICAP directamente:

OFICINA LOCAL	LLAME AL	ESCRIBA A
Condado de Nassau	516-485-3754	Office of Children and Family Services 400 Oak Street Garden City, NY 11530
Ciudad de Nueva York	212-602-4180	Department for the Aging Two Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392
Condado de Suffolk	631-979-9490	RSVP Suffolk 811 West Jericho Turnpike, Suite 103W Smithtown, NY 11787
Condado de Westchester	914-813-6651	Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550

Póngase en contacto con el HIICAP sobre lo siguiente:

- **Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare**

Los asesores del HIICAP pueden:

- » ayudarlo a comprender sus derechos;
- » ayudarle a comprender sus opciones del plan Medicare; y
- » responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

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

LLAME AL	1-866-815-5440 Esta llamada es gratuita. Livanta está disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., y sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program 9090 Junction Dr., Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
CORREO ELECTRÓNICO	BFCCQIOArea1@livanta.com
SITIO WEB	http://bfccqioarea1.com

Póngase en contacto con Livanta sobre lo siguiente:

- **Preguntas sobre su atención médica**

Puede presentar un reclamo sobre la atención que ha recibido si:

- » tiene un problema con la calidad de la atención;
- » cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto; **o**
- » considera que la atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

H. Cómo ponerse en contacto con Medicare

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

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

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Esta es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de atención de enfermería, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y después hace clic en la opción “Phone numbers & websites” (Sitios web y números de teléfono).</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar los planes de su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

I. Cómo ponerse en contacto con Medicaid

Medicaid ayuda con los costos de servicios y apoyos médicos y a largo plazo a personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea de ayuda de Medicaid.

LLAME AL	1-800-541-2831 Esta llamada es gratuita. La Línea de ayuda de Medicaid está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.
TTY	1-877-898-5849 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Para llamar a este número necesita un equipo telefónico especial.

J. Cómo ponerse en contacto con la Red de Defensa del Consumidor Independiente

La ICAN ayuda a las personas inscritas en un plan FIDA con acceso a servicios y productos cubiertos, preguntas sobre la facturación u otras preguntas y problemas. La ICAN puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

LLAME AL	1-844-614-8800 Esta llamada es gratuita. La ICAN está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	Llame al 711 y siga los pasos para marcar 844-614-8800.
CORREO ELECTRÓNICO	ican@cssny.org
SITIO WEB	http://www.icannys.org



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

K. Cómo ponerse en contacto con el programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Nueva York

El programa del defensor del pueblo de atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de atención de enfermería y otros centros de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

LLAME AL	1-800-342-9871 Esta llamada es gratuita.
SITIO WEB	http://www.ltcombudsman.ny.gov

También puede ponerse en contacto con la oficina local del defensor de atención a largo plazo directamente. La información de contacto del defensor de su condado puede encontrarse en el directorio en el siguiente sitio web: <http://www.ltcombudsman.ny.gov/Whois/directory.cfm>.

L. Otros recursos

Las agencias que se mencionan en esta sección son parte de un sistema de servicios integral diseñado para ayudar a los residentes del área a mantener el mayor nivel de independencia.

Nassau County Department of Senior Citizen Affairs

LLAME AL	(516) 227-8900
TTY	(516) 227-8926
FAX	(516) 227-8972
ESCRIBA A	Nassau County Department of Senior Citizens Affairs 60 Charles Lindbergh Boulevard Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691
CORREO ELECTRÓNICO	seniors@hhsnassaucountyny.us
SITIO WEB	http://www.nassaucountyny.gov/agencies/Seniors/index.html



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

New York City Department for the Aging

LLAME AL	Dentro de los cinco condados de la ciudad de Nueva York: 311 Fuera de los cinco condados de la ciudad de Nueva York: (212) 639-9675
TTY	(212) 504-4115
FAX	(212) 442-1095
ESCRIBA A	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 7th Floor New York, NY, 10007-1392
SITIO WEB	http://www.nyc.gov/html/dfta/html/home/home.shtml

Suffolk County Office for the Aging

LLAME AL	(631) 853-8200
FAX	(631) 853-8225
ESCRIBA A	Suffolk County Office for the Aging H. Lee Dennison Building, 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway P.O. Box 6100 Hauppauge, NY 11788-0099
SITIO WEB	http://suffolkcountyny.gov/aging/Home.aspx



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Índice

A. Acerca de los “servicios y productos”, “servicios y productos cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	28
B. Normas generales para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan	28
C. Su equipo interdisciplinario (IDT)	30
D. Su administrador de atención	31
¿Qué es un administrador de atención?	31
¿Quién recibe un administrador de atención?	31
¿Cómo puedo comunicarme con mi administrador de atención?	31
¿Cómo puedo cambiar mi administrador de atención?	31
E. Cómo recibir atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red	32
Cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	32
Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	33
¿Qué sucede si un proveedor de la red deja de participar en el plan?	33
Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	34
F. Cómo puede obtener aprobación para servicios y productos que requieren autorización previa ...	34
G. Cómo puede obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	36
H. Cómo puede obtener servicios de salud conductual	36
I. Cómo puede obtener atención autodirigida	37
J. Cómo obtener servicios de transporte	37



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

K. Cómo puede obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	38
Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica	38
Cómo puede obtener atención de urgencia	39
Cómo obtener atención durante un desastre	40
L. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios y productos cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan?	41
¿Qué debería hacer si los servicios o productos no están cubiertos por el plan?	41
M. ¿Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica?	42
¿Qué es un estudio de investigación clínica?	42
Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	42
Obtenga más información	43
N. ¿Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando se encuentra en una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	43
¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	43
¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?	43
O. Normas para ser el propietario de equipos médicos duraderos	44
¿Puede quedarse con sus equipos médicos duraderos?	44
¿Qué sucede si pierde su cobertura de Medicaid?	44
¿Qué sucede si cambia su plan FIDA o deja FIDA y se une a un plan MLTC?	45



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Acerca de los “servicios y productos”, “servicios y productos cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios y productos incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. **Los servicios y productos cubiertos** son cualesquiera de estos servicios y productos por los que Aetna Better Health FIDA Plan paga. La atención médica cubierta y los servicios y apoyos a largo plazo son aquellos enumerados en la Tabla de productos y servicios cubiertos de la Sección D del Capítulo 4 y cualquier otro servicio que Aetna Better Health FIDA Plan, su IDT o un proveedor autorizado decida que son necesarios para su atención.

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios o productos cubiertos.

B. Normas generales para obtener atención médica, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan

Aetna Better Health FIDA Plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid más algunos servicios y productos adicionales disponibles a través del programa FIDA. Entre ellos se incluyen los servicios de salud conductual, los servicios y apoyos a largo plazo y los medicamentos con receta.

Aetna Better Health FIDA Plan, por lo general, pagará por los servicios y productos que usted necesita si sigue las normas del plan sobre cómo puede obtenerlos. Se cubrirá lo siguiente:

- La atención que usted recibe debe ser **un servicio o producto cubierto por el plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de productos y servicios cubiertos del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual). Otros servicios y productos que no figuran en la tabla también podrían tener cobertura si su equipo interdisciplinario (IDT) determina que son necesarios para usted.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. *Médicamente necesaria* significa que la atención incluye servicios y productos necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que tenga y que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida, provoquen enfermedad o dolencia, o interfieran en la capacidad de una persona para desenvolverse en sus actividades normales o amenacen alguna discapacidad significativa. Esto incluye la atención que evita que



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

usted vaya a un hospital o a un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las recomendaciones aceptadas de la práctica médica.

- Usted tendrá que cooperar, y se espera que lo haga, con un **equipo interdisciplinario (IDT)**. Su IDT evaluará sus necesidades, trabajará con usted o su representante para planificar su atención y servicios, y se asegurará de que reciba la atención y los servicios necesarios. Encontrará más información sobre el IDT en la Sección C.
 - » En la mayoría de los casos, debe obtener la aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan, su IDT o un proveedor autorizado antes de poder tener acceso a los servicios y productos cubiertos. Esto se denomina *autorización previa*. Para obtener más información sobre la autorización previa, consulte la página 34.
 - » No necesita autorización previa para recibir atención de emergencia o de urgencia o para consultar a un proveedor de salud de mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin tener autorización previa. Para obtener más información sobre este asunto, consulte la página 34.
- Tendrá un **Administrador de atención** que se desempeñará como su punto de contacto principal con su IDT. Encontrará más información sobre el Administrador de atención en la Sección D.
- Debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de atención primaria (PCP)**. **También** puede optar porque su PCP forme parte de su IDT. Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP o cambiarlo, consulte la página 32.
- **Debe recibir sus servicios y productos de los proveedores de la red.** Normalmente, Aetna Better Health FIDA Plan no cubrirá los servicios o productos de un proveedor que no se haya unido a la red de Aetna Better Health FIDA Plan. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - » El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información o ver qué significa *atención de emergencia* o *atención de urgencia*, consulte la página 38.
 - » Si necesita atención que nuestro plan cubre, y los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, nosotros cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red sin costo alguno para usted. Para saber cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la página 34.
 - » El plan cubre servicios y productos de proveedores y farmacias fuera de la red cuando no haya un proveedor o una farmacia disponibles dentro de una distancia razonable de su hogar.
 - » El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- » Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir consultando a los proveedores que consulta actualmente durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición será de 90 días o hasta que finalice y se implemente su plan de servicio centrado en la persona, lo que sea posterior. Sin embargo, su proveedor fuera de la red debe acordar proporcionar tratamiento continuo y aceptar el pago a nuestras tarifas. Luego del período de transición, no seguiremos cubriendo su atención si sigue consultando a proveedores fuera de la red.
- » Si reside en un centro de atención de enfermería, puede continuar viviendo en dicho centro mientras dure el programa FIDA, incluso si el centro no participa en la red de Aetna Better Health FIDA Plan.
- » Si está recibiendo servicios de un proveedor de salud conductual en el momento de su inscripción, puede continuar obteniendo servicios de dicho proveedor hasta que se complete el tratamiento, pero no por más de dos años.

C. Su equipo interdisciplinario (IDT)

Todos los participantes tienen un equipo interdisciplinario (IDT). Su IDT incluirá a las siguientes personas:

- usted y sus representantes; y
- su administrador de atención.

Además, puede decidir que algunas de las siguientes personas participen en todas las reuniones de su equipo interdisciplinario:

- Su proveedor de atención primaria (PCP), incluido un médico, profesional en enfermería, auxiliar médico o especialista que haya aceptado brindarle servicios como PCP, o una persona designada por el consultorio de su PCP que tenga experiencia clínica (como un enfermero certificado, profesional en enfermería o auxiliar médico) y conocimiento sobre sus necesidades.
- Su profesional de salud conductual (BH), en caso de que tenga uno, o un representante del consultorio de su profesional de BH que tenga experiencia clínica y conozca sus necesidades.
- Sus auxiliares de atención médica a domicilio o un representante con experiencia clínica de la agencia de atención médica a domicilio que conozca sus necesidades, en caso de que usted reciba cuidados en el hogar.
- Un representante clínico de su centro de atención de enfermería, si recibe atención en uno de estos centros.
- Otras personas, incluidas las siguientes:



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- » Otros proveedores que usted o su representante hayan solicitado, o que hayan recomendado los miembros del equipo interdisciplinario cuando sea necesario para realizar una adecuada planificación del cuidado, y que usted o su representante aprueben. O
- » El enfermero certificado (RN) que realizó su evaluación.

El administrador de atención del plan FIDA es el líder del IDT. Su IDT realiza la planificación de sus servicios y desarrolla su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Su IDT autoriza algunos o todos los servicios en su PCSP, dependiendo de si su PCP participó en el proceso de desarrollo de su PCSP. Estas decisiones no pueden ser cambiadas por Aetna Better Health FIDA Plan.

D. Su administrador de atención

¿Qué es un administrador de atención?

El administrador de atención del plan FIDA coordina su equipo interdisciplinario (IDT). El administrador de atención garantizará la integración de sus servicios médicos, de salud conductual, de abuso de sustancias y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad o en el centro, y sus necesidades sociales. El administrador de atención coordinará estos servicios como se indique en su Plan de servicio centrado en la persona.

¿Quién recibe un administrador de atención?

Todos los participantes tienen un administrador de atención. La asignación o selección de su administrador de atención se produce cuando se inscribe en Aetna Better Health FIDA Plan.

¿Cómo puedo comunicarme con mi administrador de atención?

Cuando se asigne o seleccione un administrador de atención, Aetna Better Health FIDA Plan le proporcionará la información de contacto para su administrador de atención. El Departamento de Servicios para participantes también puede proporcionarle esta información en cualquier momento durante su participación en Aetna Better Health FIDA Plan.

¿Cómo puedo cambiar mi administrador de atención?

Puede cambiar su administrador de atención en cualquier momento, pero tendrá que elegir de una lista de administradores de atención de Aetna Better Health FIDA Plan. Si ya tiene un administrador de atención (de atención administrada a largo plazo, o MLTC, por ejemplo), podría solicitar que la misma persona sea su administrador de atención del plan FIDA. Si el administrador de atención también está disponible en el plan FIDA y la carga de trabajo del administrador lo permite, Aetna Better Health FIDA Plan debe respetar su pedido. Para cambiar su administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945**, (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

E. Cómo recibir atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red

Cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y administre su atención. Aetna Better Health FIDA Plan le ofrecerá al menos tres proveedores de atención primaria de los cuales elegir. Si no elige un PCP, se le asignará uno. Para cambiar su PCP en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes llamando al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal y será el responsable de brindar muchos de sus servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP formará parte de su equipo interdisciplinario (IDT) si así lo desea. Si su PCP es parte de su IDT, su PCP participará en el desarrollo de su Plan de servicio centrado en la persona, mediante la toma de determinaciones de cobertura como miembro de su IDT y la recomendación o solicitud de muchos de los servicios y productos que su IDT o Aetna Better Health FIDA Plan autorizarán.

¿Cómo obtendré un PCP?

Le daremos la opción de elegir de entre, al menos, tres PCP. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Cuando le asignemos un PCP, tendremos en cuenta qué tan lejos está el PCP de su hogar, cualquier necesidad de atención médica y cualquier necesidad de lenguaje especial que usted tenga.

Si ya tiene un PCP cuando se inscribe en el plan, podrá continuar consultando a dicho PCP durante el período de transición (consulte la página 7 para obtener más información). Luego del período de transición, puede continuar consultando a dicho PCP si se encuentra en nuestra red.

¿Puede ser una clínica mi PCP?

No. Su PCP no puede ser una clínica y debe ser un tipo específico de proveedor que cumpla ciertos requisitos. Si el PCP trabaja en una clínica y por lo demás cumple todos los requisitos, dicho proveedor puede ser asignado como PCP.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Simplemente llame a Aetna Better Health FIDA Plan y solicite un nuevo PCP. El plan procesará su solicitud y le informará la fecha de entrada en vigencia del cambio, que será dentro de los cinco días hábiles después de recibir su solicitud.

Si su PCP actual deja nuestra red o de alguna otra forma deja de estar disponible, Aetna Better Health FIDA Plan le dará la oportunidad de seleccionar un nuevo PCP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

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

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

Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT autorizarán las consultas a especialistas que sean apropiadas para sus afecciones. El acceso a los especialistas debe ser aprobado por Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT mediante una autorización permanente o mediante la aprobación previa de una cantidad fija de consultas al especialista. Esta información estará en su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP).

¿Qué sucede si un proveedor de la red deja de participar en el plan?

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- De ser posible, le enviaremos un aviso con, al menos, 15 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su proveedor dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes llamando al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención que nuestro plan cubre, pero los proveedores de nuestra red no se la pueden brindar, puede recibir permiso de Aetna Better Health FIDA Plan o de IDT para obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, nosotros cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red sin costo alguno para usted. Para obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor que planea consultar pueden llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Recuerde que cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir consultando a los proveedores que consulta actualmente durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición será de 90 días o hasta que finalice y se implemente su plan de servicio centrado en la persona, lo que sea posterior. Durante el período de transición, nuestro administrador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar y a cambiarse a proveedores que estén dentro de nuestra red. Después del período de transición, dejaremos de pagar su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red, a menos que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT lo hayan autorizado a continuar consultando al proveedor fuera de la red.

→ **Tenga en cuenta:** si necesita atenderse con un proveedor fuera de la red, trabaje con Aetna Better Health FIDA Plan o con su IDT para obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red y para encontrar a uno que cumpla con los requisitos de Medicare o Medicaid correspondientes. Si consulta a un proveedor fuera de la red sin obtener primero la aprobación del Plan o del IDT, es posible que deba pagar el costo total de los servicios que reciba.

F. Cómo puede obtener aprobación para servicios y productos que requieren autorización previa

Su equipo interdisciplinario (IDT) es responsable de autorizar todos los servicios y productos que se pueden anticipar durante el desarrollo de su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Sin embargo, es posible que su IDT no pueda autorizar todos sus servicios si su PCP no participa en el IDT. Por ejemplo, si un PCP u otro médico no participan en una reunión del IDT en particular, el IDT no puede autorizar nuevos medicamentos con receta. En estos casos, el IDT agregará la lista de medicamentos con receta solicitados al PCSP. Aetna Better Health FIDA Plan revisará y aprobará los medicamentos con receta en caso de que sean médicamente necesarios.

Además, Aetna Better Health FIDA Plan y determinados proveedores autorizados son responsables de autorizar la mayoría de los servicios y productos de atención médica que pudiera necesitar entre las reuniones de planificación de servicios de IDT y las actualizaciones del PCSP. Son los servicios y productos que no podrían haber sido planificados o previstos y, por lo tanto, no se incluyeron en su PCSP.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

Servicios que puede recibir sin obtener autorización previa

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan, su IDT o determinados proveedores autorizados antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se denomina “autorización previa”. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación:

- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a proveedores de la red porque se encuentra fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios para participantes antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Inmunizaciones, incluidas las vacunas antigripales, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Consultas al proveedor de atención primaria (PCP).
- Cuidados paliativos.
- Otros servicios preventivos.
- Servicios de centros de salud pública para prueba de detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, incluido el tratamiento directamente supervisado (TB/DOT).
- Servicios de la vista en clínicas mencionadas en el artículo 28, que proporcionan servicios de optometría y que están afiliadas con la College of Optometry (Facultad de Optometría) de la Universidad Estatal de Nueva York para obtener servicios de optometría cubiertos.
- Servicios dentales en clínicas mencionadas en el artículo 28 que estén operadas por centros dentales académicos.
- Rehabilitación cardíaca para el primer curso del tratamiento (se requiere la autorización de un médico o enfermero certificado para los cursos de tratamiento posteriores al primero).
- Servicios adicionales de educación, bienestar y administración de la salud.
- Asimismo, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas, puede consultar a estos proveedores sin aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Los LTSS basados en la comunidad son una variedad de servicios médicos, de habilitación, de rehabilitación, de atención médica a domicilio o servicios sociales que una persona necesita durante meses o años a fin de mejorar o mantener funciones corporales o su salud. Estos servicios son proporcionados en el hogar de la persona o en un entorno basado en la comunidad, como centros de vida asistida. Los LTSS basados en el centro son servicios proporcionados en un centro de atención de enfermería u otro entorno de atención residencial a largo plazo.

Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, recibirá una evaluación integral de sus necesidades, incluida su necesidad de recibir LTSS basados en la comunidad o en un centro. Todas sus necesidades, según lo que se identifique en su evaluación, serán tratadas en su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Su PCSP detallará qué LTSS recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si tiene un plan de servicios preexistente antes de inscribirse en Aetna Better Health FIDA Plan, seguirá recibiendo cualquier LTSS basado en la comunidad o en el centro incluido en el plan preexistente. Su plan de servicios preexistente será respetado durante 90 días o hasta que se complete e implemente su PCSP, lo que ocurra más tarde.

➔ Si tiene preguntas sobre los LTSS, comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes o con su administrador de atención.

H. Cómo puede obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual son una variedad de servicios que pueden apoyar las necesidades de salud mental y abuso de sustancias que pueda tener. Este apoyo puede incluir apoyo emocional, social, educativo, profesional y de pares, y servicios de recuperación, además de más servicios psiquiátricos o médicos tradicionales.

Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, recibirá una evaluación integral de sus necesidades, incluida su necesidad de recibir servicios de salud conductual. Todas sus necesidades, según lo que se identifique en su evaluación, serán tratadas en su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). Su PCSP detallará qué servicios de salud conductual recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si está recibiendo servicios de un proveedor de servicios de salud conductual en el momento en que se inscribe en Aetna Better Health FIDA Plan, podrá seguir recibiendo servicios de dicho proveedor hasta que haya finalizado el tratamiento, pero no por más de dos años. Esto es así incluso si el proveedor no participa en la red de Aetna Better Health FIDA Plan.

➔ Si tiene preguntas sobre los servicios de salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes o con su administrador de atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

I. Cómo puede obtener atención autodirigida

Usted tiene la oportunidad de dirigir sus propios servicios a través del programa de Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS).

Si tiene una enfermedad crónica o una discapacidad física y necesita recibir ayuda con actividades de la vida diaria o servicios de enfermería especializada, puede obtener los servicios a través del programa CDPAS. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de atención personal (encargado a domicilio), un auxiliar de atención médica a domicilio o un enfermero. Tiene la flexibilidad y libertad de elegir a sus cuidadores.

Deberá poder y estar dispuesto a hacer elecciones informadas sobre la administración de los servicios que recibe, o tener un tutor legal o familiar designado u otro adulto que pueda y esté dispuesto a ayudar a hacer elecciones informadas.

Usted o su representante deben también ser responsables de seleccionar, contratar, capacitar, supervisar y despedir a los cuidadores, y deben coordinar la cobertura de respaldo cuando sea necesario, coordinar otros servicios y llevar los registros de la nómina.

Su administrador de atención y su equipo interdisciplinario (IDT) revisarán la opción de CDPAS con usted durante las reuniones de su IDT. Puede seleccionar esta opción en cualquier momento comunicándose con su administrador de atención.

J. Cómo obtener servicios de transporte

Aetna Better Health FIDA Plan le proporcionará transporte de emergencia y que no es de emergencia. Su equipo interdisciplinario (IDT) analizará sus necesidades de transporte y planificará cómo satisfacerlas. Llame a su administrador de atención en cualquier momento que necesite transporte hacia el consultorio de un proveedor a fin de obtener servicios y productos cubiertos.

La cobertura de transporte incluye un asistente de transporte para acompañarlo, de ser necesario.

El transporte también está disponible para llevarlo a eventos o servicios que no sean médicos, como servicios religiosos, actividades de la comunidad o supermercados.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica?

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

- un grave peligro para su salud (o, en el caso de una mujer embarazada, para su salud y la del feto) o, en el caso de una afección conductual, un grave peligro para su salud o la de otras personas; **o**
- un grave deterioro de las funciones corporales; **o**
- una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; **o**
- una grave deformación; **o**
- en el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto activo, es decir, trabajo parto en un momento en que cualquiera de lo siguiente podría ocurrir:
 - » Que no haya suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - » Que la transferencia pueda poner en riesgo su salud o su seguridad o la de su feto.

¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT.
- **Asegúrese lo antes posible de avisarle a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. No obstante, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia por demorar en avisarnos. Llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

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

Usted puede obtener atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a una sala de emergencias, Aetna Better Health FIDA Plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de servicios y productos cubiertos en el Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, su administrador de atención hablará con los médicos que le proporcionan atención de emergencia. Estos médicos le informarán a su administrador de atención cuando finalice la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir atención de seguimiento para garantizar que se mejore. Aetna Better Health FIDA Plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, su administrador de atención intentará que otros proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto sea posible.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica después de todo?

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

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

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

Cómo puede obtener atención de urgencia

¿Qué es atención de urgencia?

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

Cómo puede obtener atención de urgencia cuando usted se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención de urgencia *solamente* si:

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Usted siempre podrá llamar a su médico (PCP), independientemente del horario de atención de su consultorio. Si el consultorio está cerrado, el personal que atiende después del horario de atención le transmitirá su información a su médico o al médico de guardia y estos harán un seguimiento con usted para decirle qué hacer luego. Si necesita ayuda con la forma de obtener atención, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede hablar con su administrador de atención o enfermero durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener ayuda para localizar el centro de urgencia más cercano. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de Aetna Better Health of New York FIDA con usted.

Cómo puede obtener atención de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan

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

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

Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.aetnabetterhealth.com/newyork**.

L. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios y productos cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan?

Los proveedores solo deben facturar a Aetna Better Health FIDA Plan por el costo de sus servicios y productos cubiertos. Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a Aetna Better Health FIDA Plan, puede enviárnosla para que la paguemos. **No debe pagar la factura usted mismo.** Si lo hace, Aetna Better Health FIDA Plan podría devolverle el dinero.

➔ Si pagó por sus servicios o productos cubiertos, o si recibió una factura por servicios o productos cubiertos, **consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.**

¿Qué debería hacer si los servicios o productos no están cubiertos por el plan?

Aetna Better Health FIDA Plan cubre todos los siguientes servicios y productos:

- que sean médicamente necesarios; **y**
- que se encuentren en la Tabla de productos y servicios cubiertos del plan o que su equipo interdisciplinario (IDT) determine que son necesarios para usted (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted obtiene al seguir las normas del plan.

➔ Si usted recibe algún servicio o producto que no estén cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan, **debe pagar el costo total.**

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

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

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por el plan, puede comunicarse con la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) para que le ayuden a apelar la decisión. La ICAN proporciona información y asistencia gratuitas. Puede llamar a la ICAN al 1-844-614-8800, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711** y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

M. ¿Cómo se cubren los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica?

¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un *estudio de investigación clínica* (también conocido como un *estudio clínico*) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de atención médica. Solicitan voluntarios para que ayuden en el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determinará si cumple con los requisitos para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que Aetna Better Health FIDA Plan, su IDT o su proveedor de atención primaria lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brinden la atención como parte del estudio sean proveedores de la red.

Sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Estas son las razones:

- Podemos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
- Podemos comentarle cuáles serán los servicios que recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de que se los brinde el plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención deben ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para participantes.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos en virtud del estudio, sino que Medicare pagará por ellos, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los productos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

Obtenga más información

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

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

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

Una *institución religiosa de atención sanitaria no médica* es un establecimiento que brinda atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de Aetna Better Health FIDA Plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - » Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - » Debe obtener la aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan o de su IDT antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.
- Nuestro plan cubrirá los días de hospitalización ilimitadas en un hospital de la red cuando sea médicamente necesario y con autorización previa.

O. Normas para ser el propietario de equipos médicos duraderos

¿Puede quedarse con sus equipos médicos duraderos?

Equipos médicos duraderos se refiere a ciertos productos solicitados por un proveedor para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. Aetna Better Health FIDA Plan alquilará otros tipos de equipo médico duradero para usted. Algunos de los productos que deben ser alquilados son sillas de ruedas, camas de hospital y dispositivos de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos pueden quedarse con el equipo después de 13 meses.

¿Qué sucede si pierde su cobertura de Medicaid?

Si pierde su cobertura de Medicaid y deja el programa FIDA, deberá realizar 13 pagos consecutivos en Original Medicare para quedarse con el equipo:

- si no se había convertido en el propietario del producto de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan **y**



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- si recibe sus beneficios de Medicare en el programa Original Medicare.

Si realizó pagos por el equipo médico duradero en Original Medicare antes de inscribirse en Aetna Better Health FIDA Plan, estos pagos de Medicare tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos que debería realizar una vez que termine su cobertura de Medicaid. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos en Original Medicare para convertirse en propietario del producto.

➔ No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare. Si se inscribe en un plan de salud Medicare (como un plan Medicare Advantage) en lugar de en Original Medicare, debe confirmar con el plan su cobertura de equipo médico duradero.

¿Qué sucede si cambia su plan FIDA o deja FIDA y se une a un plan MLTC?

Si se inscribe en otro plan FIDA o en un plan de cuidado administrado a largo plazo (MLTC), su administrador de atención de su nuevo plan trabajará con usted para garantizar que siga teniendo acceso a los equipos médicos duraderos que recibe a través de Aetna Better Health FIDA Plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 4: Productos y servicios cubiertos

Índice

A. Cómo comprender sus productos y servicios cubiertos	47
B. Aetna Better Health FIDA Plan no permite que los proveedores le cobren por productos o servicios cubiertos	47
C. Acerca de la Tabla de productos y servicios cubiertos	48
D. La Tabla de productos y servicios cubiertos	49
E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health FIDA Plan.....	105
Tratamiento diurno	105
Servicios en centros de maternidad independientes.....	105
Servicios de planificación familiar fuera de la red.....	105
Programa de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTP)	105
Tratamiento directamente supervisado para tuberculosis (TB)	105
Servicios de hospicio	106
F. Beneficios <i>no</i> cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan, Medicare o Medicaid	107



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Cómo comprender sus productos y servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué productos y servicios paga Aetna Better Health FIDA Plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que usted es participante de FIDA, no paga nada por sus productos y servicios cubiertos siempre y cuando cumpla con las normas de Aetna Better Health FIDA Plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

B. Aetna Better Health FIDA Plan no permite que los proveedores le cobren por productos o servicios cubiertos

No permitimos que los proveedores de Aetna Better Health FIDA Plan le cobren por productos o servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

➔ **Nunca debe recibir una factura de un proveedor por productos y servicios cubiertos. Si recibe una, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios para participantes.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

C. Acerca de la Tabla de productos y servicios cubiertos

Esta Tabla de productos y servicios cubiertos le indica qué productos y servicios paga Aetna Better Health FIDA Plan. Enumera los productos y servicios en orden alfabético y explica los productos y servicios cubiertos.

Pagaremos los productos y servicios mencionados en la Tabla de productos y servicios cubiertos solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga ninguno de los productos ni servicios mencionados en la Tabla de productos y servicios cubiertos siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.


- Los productos y servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las normas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los productos y servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que usted necesita aquellos servicios y productos para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida, provoquen enfermedad o dolencia, o interfieran en su capacidad para desenvolverse en sus actividades normales o amenacen alguna discapacidad significativa.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Aetna Better Health FIDA Plan. En la mayoría de los casos, Aetna Better Health FIDA Plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que haya sido aprobado por su equipo interdisciplinario (IDT) o por Aetna Better Health FIDA Plan. El Capítulo 3 tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un equipo interdisciplinario (IDT) que coordinará y administrará su atención. Para obtener más información sobre su IDT, consulte el Capítulo 3.
- La mayoría de los productos y servicios incluidos en la Tabla de productos y servicios cubiertos están cubiertos solo si su IDT, Aetna Better Health FIDA Plan o un proveedor autorizado los aprueban. Esto se denomina *autorización previa*. La Tabla de productos y servicios cubiertos le indica cuando un producto o servicio no requiere autorización previa.

La mayoría de los servicios preventivos están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

D. La Tabla de productos y servicios cubiertos

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección solo una vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una remisión por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará 9 tratamientos por año.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p>Atención médica diurna para adultos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la atención médica diurna para adultos para los participantes que padezcan de una discapacidad funcional, que no estén confinados a sus hogares y que requieran determinados productos o servicios preventivos, terapéuticos, paliativos, de diagnóstico o de rehabilitación.</p> <p>La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médicos ▪ de enfermería ▪ alimentación y nutrición ▪ servicios sociales ▪ terapia de rehabilitación ▪ actividades de ocio, que son un programa planificado de diferentes actividades gratificantes ▪ dentales ▪ farmacéuticos ▪ otros servicios auxiliares 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica diurna para adultos con SIDA</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los programas de atención médica diurna para adultos con SIDA (ADHCP) para participantes con VIH.</p> <p>El ADHCP incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesoramiento/capacitación individual y grupal proporcionado en un entorno del programa estructurado ▪ Atención de enfermería (incluida la enfermería de guardia/la evaluación de nuevos síntomas) ▪ Apoyo para el cumplimiento con los medicamentos ▪ Servicios nutricionales (incluido el desayuno o el almuerzo) ▪ Servicios de rehabilitación ▪ Servicios de abuso de sustancias ▪ Servicios de salud mental ▪ Servicios para disminuir el riesgo de VIH 	\$0
<p>Prueba de detección y asesoramiento de abuso de alcohol</p> <p>El plan pagará una sola prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusen del alcohol pero que no tengan una dependencia. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un proveedor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por su IDT o Aetna Better Health FIDA Plan.</p> <p>En casos que <i>no</i> son emergencia, su IDT o Aetna Better Health FIDA Plan pueden autorizar el uso de una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras maneras de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o salud.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los procedimientos quirúrgicos cubiertos proporcionados en centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p>
<p> Consulta anual de bienestar/examen físico de rutina</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener un control anual de bienestar. Esto es para desarrollar o actualizar un plan de prevención según su salud y sus factores de riesgo actuales. Aetna Better Health FIDA Plan pagará por ese control una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: no puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Tendrá cobertura para controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No necesita haber tenido primero una consulta "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT). El ACT es un enfoque móvil basado en el equipo para brindar tratamiento, rehabilitación, administración de casos y servicios de apoyo integrales y flexibles a personas en su entorno de residencia habitual.</p>	<p>\$0</p>
<p>Programa de vivienda asistida</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará servicios de un programa de vivienda asistida proporcionados en un hogar de adultos o en un entorno de vivienda asistida.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención personal ▪ Tareas domésticas ▪ Supervisión ▪ Auxiliares de atención médica a domicilio ▪ Servicios personales de respuesta ante emergencias ▪ Enfermería ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla ▪ Suministros y equipos médicos ▪ Atención médica diurna para adultos ▪ Diversos servicios de atención médica a domicilio ▪ Servicios de administración de casos de un profesional en enfermería certificado 	<p>\$0</p>






Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tecnología de asistencia</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará las adaptaciones físicas para la residencia privada del participante o del familiar del participante. Las adaptaciones deben ser necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante o permitir que el participante se maneje con la mayor independencia posible en el hogar.</p> <p>Las adaptaciones cubiertas incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalación de rampas y barandas ▪ Ampliación de las puertas ▪ Modificaciones del baño ▪ Instalación de sistemas eléctricos y de tuberías especiales 	\$0
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará por ciertos procedimientos para los participantes que cumplen con los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o contraer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea. Aetna Better Health FIDA Plan pagará por los servicios una vez cada 24 meses o más seguido si son médicamente necesarios. Aetna Better Health FIDA Plan también pagará para que un médico examine y comente los resultados.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años ▪ Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más ▪ Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará por servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los participantes deben cumplir con ciertas condiciones con una orden de un proveedor. Aetna Better Health FIDA Plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca <i>intensivos</i>, que son más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para una enfermedad cardíaca)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan paga una consulta por año con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, su médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hablar sobre el uso de la aspirina; ▪ controlar la presión arterial; o ▪ brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p> Análisis y prueba de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan paga los análisis de sangre para verificar si padece una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Administración de la atención (coordinación del servicio)</p> <p>La administración de la atención es una intervención diseñada individualmente que ayuda al participante a obtener acceso a los servicios necesarios. Las intervenciones de administración de la atención están diseñadas para garantizar la salud y el bienestar del participante y aumentar su independencia y calidad de vida.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses ▪ Para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero: una prueba de Papanicolaou y un examen pélvico cada 12 meses ▪ Para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou y un examen pélvico cada 12 meses <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p>Quimioterapia</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la quimioterapia para los pacientes con cáncer. La quimioterapia está cubierta cuando se proporciona en una unidad para pacientes internados o pacientes externos de un hospital, del consultorio de un proveedor o de una clínica independiente.</p>	\$0
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enema de bario <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más y una vez cada 24 meses si tiene un riesgo alto de cáncer colorrectal, cuando se utiliza esta prueba en lugar de una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible. ▪ Colonoscopia <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 24 meses si tiene un riesgo alto de cáncer colorrectal. Si no tiene un riesgo alto de cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba una vez cada 120 meses, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa. ▪ Prueba de detección de cáncer colorrectal basado en ADN <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 3 años si tiene 50 años o más. ▪ Análisis de sangre oculta en la materia fecal <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 12 meses si tiene 50 años o más. ▪ Sigmoidoscopia flexible <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas de 50 años o más. Si no tiene un riesgo alto, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia de detección previa. ▪ Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol o prueba inmunoquímica fecal <ul style="list-style-type: none"> » Se cubre una vez cada 12 meses si tiene 50 años o más. <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asesoramiento de integración en la comunidad</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el asesoramiento de integración en la comunidad. Este es un servicio de asesoramiento proporcionado a los participantes que están lidiando con destrezas y habilidades alteradas, una revisión de las expectativas a largo plazo o cambios en los roles en relación con sus parejas.</p> <p>Este servicio es principalmente proporcionado en el consultorio del proveedor o en el hogar del participante. Los servicios de asesoramiento de integración en la comunidad generalmente son proporcionados en sesiones individuales de asesoramiento. No obstante, hay momentos en los que es adecuado proporcionar este servicio al participante en un entorno de asesoramiento familiar o grupal.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de transición en la comunidad</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de transición en la comunidad (CTS). Estos servicios ayudan a la transición del participante de vivir en un centro de atención de enfermería a vivir en la comunidad.</p> <p>Los CTS incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El costo de mover muebles y otras pertenencias ▪ La compra de ciertos productos esenciales, como ropa de cama y vajilla ▪ Depósitos de garantía, incluidos los honorarios del corredor necesarios para obtener un alquiler en un departamento o una casa ▪ La compra de mobiliario esencial ▪ Cargos y depósitos de establecimiento para el acceso a servicios públicos (por ejemplo, teléfono, electricidad o calefacción) ▪ Garantías de salud y seguridad como eliminación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la mudanza <p>Los CTS no podrán usarse para comprar productos recreativos o de entretenimiento, como televisores, videograbadoras, DVD o reproductores de música.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas integrales de emergencias psiquiátricas (CPEP)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los programas autorizados de la Oficina de Salud Mental que brinden directamente una amplia gama de servicios de emergencia psiquiátrica o que lo ayuden a obtenerlos. Estos servicios se proporcionan durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los CDPAS, que proporcionan servicios para personas con enfermedades crónicas o con discapacidades físicas que tienen una necesidad médica de ayuda con actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de atención personal (encargado a domicilio), un auxiliar de atención médica a domicilio o un enfermero. Los participantes que elijan CDPAS tienen la flexibilidad y libertad de elegir sus cuidadores. El participante o la persona que actúa en nombre del participante (como el padre o la madre de un niño con una discapacidad o una enfermedad crónica) es responsable de seleccionar, contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, despedir a los cuidadores que proporcionan los servicios CDPAS.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Tratamiento diario continuo</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el tratamiento diario continuo. Este servicio ayuda a los participantes a mantener o mejorar los niveles actuales de funcionamiento y capacidades, seguir viviendo en la comunidad y desarrollar autoconciencia y autoestima.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación y planificación del tratamiento ▪ Planificación del alta ▪ Tratamiento farmacológico ▪ Educación sobre los medicamentos ▪ Administración de casos ▪ Pruebas de detección y remisiones ▪ Desarrollo de la preparación para rehabilitación ▪ Determinación y remisión para la preparación para rehabilitación psiquiátrica ▪ Administración de síntomas 	<p>\$0</p>
<p>Servicios de intervención en casos de crisis</p> <p>Si padece una crisis de salud mental, Aetna Better Health FIDA Plan pagará la intervención clínica mediante su clínica de intervención en casos de crisis. No es necesario que los servicios de crisis estén en su plan de tratamiento para que estén cubiertos.</p> <p>Estos servicios pueden proporcionarse por teléfono o en persona, con algunas excepciones. Como mínimo, cada clínica tendrá un médico que puede ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana. A criterio de la clínica, puede brindar servicios personales en caso de crisis durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Desfibrilador (automático implantable)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará desfibriladores para determinadas personas a las que se les ha diagnosticado insuficiencia cardíaca, según si la cirugía se realiza en un hospital para pacientes internados o para pacientes externos.</p>	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes bucales una vez cada seis meses ▪ Limpieza una vez cada seis meses ▪ Radiografías dentales una vez cada seis meses ▪ Servicios de diagnóstico ▪ Servicios de restauración ▪ Endodoncias, periodoncias y extracciones ▪ Dispositivos ortésicos y protésicos dentales necesarios para aliviar una afección grave, incluida una que afecta la capacidad para trabajar de un participante ▪ Otras cirugías bucales ▪ Emergencias dentales ▪ Otra atención dental necesaria <p>Exámenes y limpiezas bucales requieren de autorización previa del plan o de su IDT. Las radiografías y otros servicios dentales deben ser autorizados por su dentista. No obstante, los servicios dentales proporcionados a través de clínicas mencionadas en el artículo 28 operadas por los Centros dentales académicos no requieren de autorización previa.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará una sola prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y recomendaciones para tratamientos adicionales.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presión arterial alta (hipertensión) ▪ Niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ▪ Obesidad ▪ Historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede cumplir con los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » Un glucómetro » Tiras reactivas para controlar el nivel de glucosa en sangre » Dispositivos de punción y lancetas » Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores ▪ Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, Aetna Better Health FIDA Plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas ortopédicas) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales cada año calendario, o » un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles proporcionadas con dichos zapatos) <p>Aetna Better Health FIDA Plan también pagará la adaptación de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunos casos, Aetna Better Health FIDA Plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. 	<p>\$0</p>
<p>Pruebas de diagnóstico</p> <p>Consulte "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</p> <p>Los equipos médicos duraderos incluyen productos como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas de ruedas ▪ Muletas ▪ Camas de hospital ▪ Nebulizadores ▪ Equipos de oxígeno ▪ Bombas de infusión IV ▪ Andadores ▪ Dispositivos generadores del habla <p>Pagaremos todos los equipos médicos duraderos necesarios médicamente que, generalmente, paga Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarles un envío especial para usted.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p><i>Atención de emergencia</i> comprende servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y ▪ son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual. <p>Una <i>emergencia médica o de salud conductual</i> es una afección con síntomas graves, dolor grave o lesiones graves. La afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede esperar que la afección tenga las siguientes consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un grave peligro para su salud (o, en el caso de una mujer embarazada, para su salud y la del feto) o, en el caso de una afección conductual, un grave peligro para su salud o la de otras personas; ▪ un grave deterioro de las funciones corporales; o ▪ una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo; o ▪ una grave deformación; o ▪ en el caso de una mujer embarazada, un trabajo de parto activo, es decir, trabajo parto en un momento en que cualquiera de lo siguiente podría ocurrir: <ul style="list-style-type: none"> » Que no haya suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. » Que la transferencia pueda poner en riesgo su salud o su seguridad o la de su feto. <p>Las emergencias médicas o de salud conductual están cubiertas solamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se estabilice, debe volver a un hospital de la red para que continuemos pagando su atención. Puede quedarse en un hospital fuera de la red para recibir su atención para pacientes internados si Aetna Better Health FIDA Plan aprueba su estadía.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modificaciones ambientales y dispositivos de adaptación</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará adaptaciones físicas internas y externas para la vivienda que sean necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del participante.</p> <p>Las modificaciones ambientales pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalación de rampas y barandas ▪ Ampliación de las puertas ▪ Modificaciones de las instalaciones del baño ▪ Instalación de sistemas eléctricos o de tuberías especiales para adaptar equipo médico necesario ▪ Cualquier otra modificación necesaria para garantizar la salud, el bienestar o la seguridad del participante 	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite escoger cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen de planificación familiar y tratamiento médico ▪ Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar ▪ Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes) ▪ Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón, anticonceptivos de emergencia, pruebas de embarazo) ▪ Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados ▪ Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH, como parte de una consulta de planificación familiar ▪ Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) ▪ Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Al menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía) ▪ Aborto <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los programas educativos sobre salud y bienestar para los participantes y sus cuidadores, que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clases, grupos de apoyo y talleres ▪ Materiales educativos y recursos ▪ Comunicaciones en sitios web, correos electrónicos o aplicaciones móviles <p>Estos servicios son proporcionados sobre temas que incluyen, entre otros, prevención de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, asma, vivir con afecciones crónicas, cuidado de la espalda, manejo del estrés, alimentación saludable y control del peso, higiene bucal y osteoporosis.</p> <p>Este beneficio también incluye recordatorios de atención preventiva anual y recursos para cuidadores.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios auditivos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas indicarán si necesita tratamiento médico. Las pruebas están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Se cubren los servicios y productos auditivos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección, adaptación y entrega de audífonos ▪ Controles de los audífonos después de la entrega ▪ Evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos ▪ Servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas ▪ Evaluaciones de audífonos y recetas para audífonos ▪ Productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares y piezas de repuesto cuando lo autoriza un audiólogo 	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan paga una prueba de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ solicitan un prueba de detección de VIH, ▪ tienen mayor riesgo de contraer una infección de VIH. <p>En el caso de mujeres embarazadas, Aetna Better Health FIDA Plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará HCSS para los participantes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ requieran asistencia con las tareas de servicios de atención personal, y ▪ cuya salud y bienestar en la comunidad corran riesgo porque se requiere de supervisión del participante cuando no se realizan tareas de atención personal. 	\$0
<p>Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará las comidas en lugares de congregación y la entrega de comidas a domicilio. Este es un servicio diseñado individualmente que proporciona comidas a participantes que no pueden preparar u obtener comidas nutricionales adecuadas, o cuando proporcionar dichas comidas disminuirá la necesidad de una preparación de comidas en el hogar más costosa. Este beneficio incluye tres comidas por día durante 52 semanas por año.</p>	\$0
<p>Servicios de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un proveedor debe informarnos que usted los necesita; una agencia de atención médica a domicilio deberá brindárselos.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Servicios médicos y sociales ▪ Equipos médicos duraderos y suministros 	\$0
<p>Infusión en el hogar</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la administración de medicamentos y suministros de infusión en el hogar.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de mantenimiento en el hogar</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de mantenimiento en el hogar. Los servicios de mantenimiento en el hogar incluyen tareas del hogar y servicio de tareas domésticas que son necesarios para mantener la sanidad, seguridad y viabilidad del hogar de una persona. El servicio de tareas domésticas se proporciona en dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tareas domésticas simples: limpiar o lavar las ventanas, las paredes y los techos; remover la nieve o hacer trabajos de jardinería; asegurar alfombras o baldosas sueltas; y limpiar las baldosas del baño o la cocina. El servicio de tareas domésticas simples se proporciona cuando es necesario. ▪ Tareas domésticas complejas: se limitan a esfuerzos intensos de limpieza o actividad una única vez, excepto en situaciones extraordinarias. El servicio de tareas domésticas complejas puede incluir, entre otras, tareas como raspado o limpieza de áreas útiles. 	<p>\$0</p>
<p>Visitas al hogar de personal médico</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan cubrirá las visitas al hogar de personal médico para proporcionar servicios de diagnóstico, tratamiento y control de bienestar. El propósito de estas visitas al hogar es preservar la capacidad funcional del participante para permanecer en la comunidad. El control de bienestar incluye la prevención de enfermedades, la educación sobre la salud y la identificación de riesgos para la salud que pueden disminuirse.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor u el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted esté recibiendo los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ Cuidados paliativos a corto plazo ▪ Atención personal <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para obtener información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aetna Better Health FIDA Plan cubrirá los servicios que le correspondan y que no cubran la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de Medicare de Aetna Better Health FIDA Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su administrador de atención al 1-855-494-9945 (TTY: 711).</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Inmunizaciones</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacuna contra la neumonía ▪ Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno ▪ Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B ▪ Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará otras vacunas que respeten las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Capacitación y habilidades para una vida independiente</p> <p>Los servicios de Desarrollo y capacitación de habilidades para una vida independiente (ILST) están diseñados individualmente para mejorar o mantener la habilidad del participante de vivir lo más independientemente posible en la comunidad. Los servicios de ILST pueden proporcionarse en la residencia del participante y en la comunidad.</p> <p>Los servicios pueden incluir evaluación, capacitación y supervisión de o asistencia con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado personal ▪ Administración de los medicamentos ▪ Finalización de tareas ▪ Habilidades de comunicación ▪ Habilidades interpersonales ▪ Socialización ▪ Habilidades sensoriales y motoras ▪ Movilidad ▪ Habilidades de transporte en la comunidad ▪ Reducción/eliminación de conductas inadaptadas ▪ Habilidades de resolución de problemas ▪ Administración de dinero ▪ Habilidades prevocacionales ▪ Capacidad para mantener una familia 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes internados en un hospital de cuidados agudos, incluidos servicios por abuso de sustancias y servicios de rehabilitación</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) ▪ Comidas, incluidas dietas especiales ▪ Servicios de enfermería permanentes ▪ Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios ▪ Medicamentos ▪ Análisis de laboratorio ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos ▪ Suministros médicos y quirúrgicos necesarios ▪ Aparatos, como sillas de ruedas ▪ Servicios de la sala de operaciones y de recuperación ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla ▪ Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados ▪ Sangre, se incluye almacenamiento y administración ▪ Servicios médicos ▪ En determinados casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede recibir sus servicios de trasplante localmente o en un lugar alejado fuera del área de servicio. Si Aetna Better Health FIDA Plan brinda servicios de trasplante en un lugar alejado fuera del área de servicio y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento para usted y un acompañante.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación de Aetna Better Health FIDA Plan para seguir recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia está bajo control.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de atención de salud mental que requieran una hospitalización, incluidos los días que superen el máximo de por vida de 190 días de Medicare.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para pacientes internados cubiertos durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su hospitalización no es razonable y necesaria, Aetna Better Health FIDA Plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios que recibe mientras esté en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de proveedores ▪ Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio ▪ Tratamiento de radiología, radio e isótopos, incluidos materiales de los técnicos y suministros ▪ Vendajes quirúrgicos ▪ Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones ▪ Dispositivos ortésicos y protésicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos Estos son los dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> » reemplazan de forma total o parcial un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o » reemplazan de forma total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona incorrectamente. ▪ Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, soportes, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la afección del participante. ▪ Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la rehabilitación psiquiátrica activa de tiempo limitado diseñada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al participante a desarrollar y lograr metas acordadas mutuamente en entornos sociales, laborales, de residencia y de aprendizaje. ▪ Intervenir con tecnologías de rehabilitación psiquiátrica para ayudar al participante a superar discapacidades funcionales. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal, incluidos servicios para la enfermedad renal terminal</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios educativos sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los participantes a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su IDT o Aetna Better Health FIDA Plan debe autorizarlos. Aetna Better Health FIDA Plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. ▪ Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluidos tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3. ▪ Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. ▪ Preparación para autodiálisis, incluida su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar. ▪ Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. ▪ Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, las visitas necesarias de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p>Los servicios educativos sobre enfermedad renal no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tiene entre 55 y 77 años, y ▪ realiza una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y ▪ ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 30 años sin presentar signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para participantes con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También corresponde después de un trasplante de riñón cuando sea solicitado por su proveedor.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. (Esto incluye Aetna Better Health FIDA Plan, un plan Medicare Advantage o Medicare).</p> <p>Después, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la referencia de un proveedor y la aprobación de su IDT o de Aetna Better Health FIDA Plan. Un proveedor debe recetar estos servicios y renovar la solicitud para el IDT o Aetna Better Health FIDA Plan cada año si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios médicos y sociales</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios médicos y sociales, que incluyen la evaluación de factores sociales y ambientales relacionados con la enfermedad y la necesidad de atención del participante.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas al hogar de la persona, la familia o ambas ▪ Visitas para preparar la transferencia del participante a la comunidad ▪ Asesoramiento para el paciente y la familia, incluidos servicios de asesoramiento personal, financiero y de otros tipos 	<p>\$0</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos que no suele administrárselos usted mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios de un proveedor, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. ▪ Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por su IDT o Aetna Better Health FIDA Plan. ▪ Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. ▪ Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. ▪ Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el proveedor certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento. ▪ Antígenos. ▪ Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. <p style="text-align: right;"><i>Este beneficio continúa en la siguiente página</i></p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). ▪ Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>➔ El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos. Explica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos con receta.</p> <p>➔ El Capítulo 6 brinda información adicional sobre su cobertura para medicamentos con receta.</p>	\$0
<p>Servicios de manejo del tratamiento farmacológico (MTM)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan proporciona servicios de MTM para los participantes que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas. Los programas de MTM ayudan a los participantes y sus proveedores a asegurarse de que los medicamentos de los participantes estén funcionando para mejorar su salud.</p> <p>➔ En el Capítulo 5, se brinda información adicional sobre los programas de MTM.</p>	\$0
<p>Tratamiento móvil de salud mental</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el tratamiento móvil de salud mental, que incluye terapia individual proporcionada en el hogar. Este servicio está disponible para los participantes que tienen una afección médica o discapacidad que limita su habilidad de asistir a un consultorio para sesiones regulares de terapia para pacientes externos.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistencia para la mudanza</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de asistencia para la mudanza. Estos son servicios diseñados individualmente para trasladar las posesiones y el mobiliario de un participante cuando se lo debe mudar de una vivienda poco adecuada o poco segura a un entorno que satisface las necesidades de salud y bienestar del participante de manera más adecuada y disminuye el riesgo de una colocación no deseada en un centro de atención de enfermería.</p> <p>La asistencia para la mudanza no incluye cosas como depósitos de garantía, incluidos los honorarios del corredor necesarios para obtener un alquiler en un departamento o una casa; cargos y depósitos de establecimiento para el acceso a servicios públicos (por ejemplo, teléfono, electricidad o calefacción); y garantías de salud y seguridad como eliminación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la mudanza.</p>	<p>\$0</p>
<p>Residencias comunitarias autorizadas de la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los programas residenciales de salud conductual en estos centros que proporcionan servicios de rehabilitación y de apoyo. Estos servicios se centran en una intervención intensiva y orientada a metas, dentro de un entorno de programa estructurado, para tratar las necesidades de los residentes en cuestiones de integración en la comunidad. Estos servicios también incluyen intervenciones orientadas a metas que se centran en mejorar o mantener las habilidades de los residentes para permitir que vivan en viviendas comunitarias.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Línea de enfermería</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan tiene una línea de enfermería que es un servicio telefónico gratuito a los que los participantes pueden llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los participantes pueden llamar a la línea de enfermería si tienen preguntas relacionadas con la salud en general y para solicitar asistencia para acceder a servicios a través de Aetna Better Health FIDA Plan.</p>	\$0
<p>Cuidado en un centro de enfermería</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará centros de atención de enfermería para pacientes que necesitan atención de enfermería las 24 horas del día y supervisión fuera de un hospital.</p>	\$0
<p> Nutrición (incluye servicios de asesoramiento y educación nutricional)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará todos los servicios nutricionales brindados por un nutricionista calificado. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de necesidades nutricionales y patrones de alimentación ▪ Planificación para proporcionar comidas y bebidas adecuadas para las necesidades físicas y médicas de la persona y las condiciones ambientales <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener el peso bajo</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, Aetna Better Health FIDA Plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De esa manera, se pueden administrar con su plan total de prevención. Hable con su administrador de atención o su proveedor de atención primaria (PCP) para obtener más información. Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Otros servicios de apoyo que el IDT determina como necesarios</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará productos o servicios de apoyo adicionales determinados por el IDT como necesarios para el participante. Esto apunta a cubrir productos o servicios que tradicionalmente no están incluidos en los programas de Medicare o Medicaid pero que son necesarios y adecuados para el participante. Un ejemplo es que Aetna Better Health FIDA Plan pagará una licuadora para comidas licuadas para un participante que no puede masticar.</p>	\$0
<p>Servicios de sangre para pacientes externos</p> <p>Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración, a partir de la primera pinta que necesite.</p>	\$0
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CT, MRI, ECG y radiografías cuando un proveedor las solicita como parte del tratamiento para un problema médico ▪ Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros ▪ Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes ▪ Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones ▪ Servicios y análisis clínicos de laboratorio médicamente necesarios solicitados por un proveedor para ayudar a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechada ▪ Sangre, se incluye almacenamiento y administración ▪ Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan paga los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos ▪ Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital ▪ Atención psiquiátrica, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor certifica que el tratamiento para paciente internado podría ser necesario sin esta atención ▪ Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital ▪ Suministros médicos, como entablillados y yesos ▪ Algunos servicios preventivos y pruebas de detección ▪ Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un psiquiatra o médico autorizado por el estado; ▪ un psicólogo clínico; ▪ un trabajador social clínico; ▪ un especialista en enfermería clínica; ▪ un profesional en enfermería; ▪ un auxiliar médico; o ▪ cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare, de conformidad con las leyes estatales vigentes. <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesiones de terapia individual ▪ Sesiones de terapia grupal ▪ Servicios clínicos ▪ Tratamiento diurno ▪ Servicios de rehabilitación psicosocial <p>Los participantes pueden acceder directamente a una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la fisioterapia (PT), la terapia ocupacional (OT) y la terapia del habla (ST).</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos en los departamentos para pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.</p> <p>Los servicios de OT, PT y ST se limitan a veinte (20) visitas por terapia por año calendario excepto para personas con discapacidades intelectuales, personas con lesión cerebral traumática y personas mejores de 21 años.</p>	\$0
<p>Cirugía para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes externos en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	\$0
<p>Productos de venta libre</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan ofrece un beneficio de pedido por correo de venta libre (OTC) mensual de \$50. Los productos deben adquirirse a través del catálogo de productos de venta libre aprobado. No es posible acumular los saldos de un mes para otro. El beneficio se aplica a productos de venta libre que no sean de Medicaid.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la atención interdisciplinaria del final de la vida y la consulta con el participante y los miembros de su familia. Estos servicios ayudan a prevenir o aliviar el dolor y sufrimiento, y a mejorar la calidad de vida del participante.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación sobre cuidados paliativos para la familia ▪ Control del dolor y los síntomas ▪ Servicios por pérdida de un ser querido ▪ Masoterapia ▪ Terapias expresivas <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un entorno de paciente externo en un hospital o por un centro de salud mental comunitario. La hospitalización parcial es más intensa que la atención recibida en el consultorio de un proveedor o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la hospitalización parcial como una alternativa a la hospitalización del paciente, o para disminuir la duración de una hospitalización dentro de un programa médicamente supervisado. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación y planificación del tratamiento ▪ Pruebas de detección y remisiones ▪ Administración de síntomas ▪ Tratamiento farmacológico ▪ Educación sobre los medicamentos ▪ Terapia oral ▪ Administración de casos ▪ Determinación para la preparación para rehabilitación psiquiátrica ▪ Remisión e intervención en caso de crisis 	\$0
<p>Servicios brindados por pares</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios brindados por pares proporcionados por un proveedor de apoyo de pares. Este es una persona que ayuda a las personas con su recuperación de enfermedades mentales y trastornos de abuso de sustancias.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de mentores</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de mentores para participantes que recientemente han hecho la transición a la comunidad desde un centro de atención de enfermería y durante momentos de crisis. Este es un servicio diseñado individualmente que apunta a mejorar la autosuficiencia, la confianza en sí mismo y la habilidad de un participante para acceder a servicios, productos y oportunidades necesarios en la comunidad. Esto se logrará a través de educación, enseñanza, instrucción, intercambio de información y capacitación para la autorrepresentación.</p>	\$0
<p>Servicios de atención personal (PCS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará PCS para ayudar a los participantes con actividades como higiene personal, vestirse, alimentarse y para tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas domésticas). Los PCS deben ser médicamente necesarios, deben haber sido solicitados por el médico del participante y deben ser proporcionados por una persona calificada según un plan de atención.</p>	\$0
<p>Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará PERS, que es un dispositivo electrónico que permite a ciertos participantes de alto riesgo pedir ayuda durante una emergencia.</p>	\$0
<p>Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará PROS para ayudar a las personas en la recuperación de los efectos incapacitantes de una enfermedad mental. Esto incluye la prestación coordinada de una variedad personalizada de servicios de rehabilitación, tratamiento y apoyo en entornos tradicionales y otros lugares.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficios de farmacia (para pacientes externos)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará ciertos medicamentos genéricos, de marca y sin receta para tratar la enfermedad o afección de un participante. Los Capítulos 5 y 6 proporcionarán información adicional sobre sus beneficios de farmacia.</p>	\$0
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> » Consultorio de un médico » Centro quirúrgico ambulatorio certificado » Departamento para pacientes externos de un hospital ▪ Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista ▪ Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico ▪ Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico <p>Los participantes pueden consultar a los PCP sin obtener primero una autorización previa.</p>	\$0
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención de afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores, incluido el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) ▪ Cuidado de rutina de los pies para participantes que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Apoyo e intervenciones conductuales positivas (PBIS)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará PBIS para los participantes que tengan dificultades conductuales importantes que pongan en peligro su habilidad de permanecer en la comunidad. El objetivo principal de este servicio es disminuir la intensidad o la frecuencia de las conductas abordadas y enseñar conductas más seguras y socialmente adecuadas.</p> <p>Algunos ejemplos de PBIS incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación integral del participante ▪ Desarrollo e implementación de un plan de tratamiento conductual estructurado integral ▪ Capacitación de la familia, los apoyos habituales y otros proveedores ▪ Reevaluación regular de la eficacia del plan de tratamiento conductual del participante 	<p>\$0</p>
<p> Servicios preventivos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará todas las pruebas de detección y los exámenes preventivos cubiertos por Medicare y Medicaid para ayudar a prevenir, detectar y manejar un problema de salud. Esto incluye, entre otros, todos los servicios preventivos incluidos en esta tabla. Verá esta manzana  junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de atención de enfermería privada</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará servicios de atención de enfermería privada cubiertos para servicios de enfermería especializada continuos o intermitentes. Estos servicios son proporcionados en el hogar del participante y van más allá de lo que puede brindar una agencia certificada de atención a domicilio.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tacto rectal ▪ Análisis del antígeno prostático específico (PSA) <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Los dispositivos protésicos</i> reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de las colostomías ▪ Marcapasos ▪ Dispositivos ortopédicos ▪ Zapatos ortopédicos ▪ Brazos y piernas artificiales ▪ Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) ▪ Aparatos y dispositivos ortopédicos ▪ Medias de soporte ▪ Calzado ortopédico <p>Aetna Better Health FIDA Plan también pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos. Además, pagará la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para participantes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. El participante debe tener una orden aprobada por el IDT o Aetna Better Health FIDA Plan para la rehabilitación pulmonar del proveedor que trata la COPD.</p>	\$0
<p>Servicios de adicción residenciales</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de tratamiento para adicciones proporcionados por un programa residencial aprobado.</p>	\$0
<p>Servicios de atención respiratoria</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la terapia respiratoria, que es un servicio diseñado individualmente proporcionado en el hogar. Terapia respiratoria, que incluye técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y de rehabilitación relacionados con las vías respiratorias.</p>	\$0
<p>Servicios de cuidados paliativos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará servicios de cuidados paliativos para proporcionar alivio programado a apoyos no pagos que brindan atención primaria y apoyo a un participante. El servicio puede ser proporcionado en un bloque de 24 horas según sea necesario.</p> <p>El lugar principal para este servicio es el hogar del participante, pero los servicios de cuidados paliativos también pueden proporcionarse en otras instalaciones o centros de la comunidad aceptables para el participante.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS. Un PCP u otro profesional de atención primaria debe solicitar estas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan también pagará hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. Aetna Better Health FIDA Plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un PCP. Las sesiones se deben brindar en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en centros de atención de enfermería especializada</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan cubre una cantidad ilimitada de días de servicios en centros de atención de enfermería especializada y no se requiere de una hospitalización previa.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se incluyen en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario ▪ Comidas, incluidas dietas especiales ▪ Servicios de enfermería ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Medicamentos obtenidos como parte del plan de atención, incluidas sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre ▪ Sangre, se incluye almacenamiento y administración ▪ Suministros médicos y quirúrgicos brindados por centros de atención de enfermería ▪ Análisis de laboratorio brindados por centros de atención de enfermería ▪ Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de atención de enfermería ▪ Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, brindados por centros de atención de enfermería ▪ Servicios médicos/de proveedores <p>Generalmente, recibirá su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de Aetna Better Health FIDA Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería) ▪ Un centro de atención de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted se retira del hospital 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si consume tabaco pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma un medicamento que el tabaco puede afectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aetna Better Health FIDA Plan pagará dos tentativas de asesoramiento para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas y mujeres hasta seis meses después del parto. Este asesoramiento para dejar de fumar se añade a los beneficios para medicamentos con receta y productos de venta libre para dejar de fumar.</p> <p>Este servicio no requiere de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>
<p>Apoyos sociales y ambientales</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios y productos para apoyar las necesidades médicas del participante. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tareas de mantenimiento en el hogar ▪ Servicios de empleado/tareas domésticas ▪ Mejora de la vivienda ▪ Atención de relevo 	<p>\$0</p>
<p>Atención diurna social</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la atención diurna social para participantes con discapacidad funcional por menos de 24 horas por día.</p> <p>Los servicios incluidos en este beneficio proporcionan a los participantes socialización, supervisión y control, atención personal y nutrición en un entorno de protección.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte para la atención diurna social</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el transporte entre el hogar de un participante y los centros de atención diurna social.</p>	<p>\$0</p>
<p>Programa diurno estructurado</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará servicios de un programa diurno estructurado proporcionados en un entorno de congregación para pacientes externos o en la comunidad. Los servicios están diseñados para mejorar o mantener las habilidades y la capacidad del participante de vivir lo más independiente posible en la comunidad.</p> <p>Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación ▪ Capacitación y supervisión a una persona con atención personal ▪ Finalización de tareas ▪ Habilidades de comunicación ▪ Habilidades interpersonales ▪ Habilidades de resolución de problemas ▪ Socialización ▪ Habilidades sensoriales y motoras ▪ Movilidad ▪ Habilidades de transporte en la comunidad ▪ Reducción/eliminación de conductas inadaptadas ▪ Habilidades de administración de dinero ▪ Capacidad para mantener una familia 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias: servicios de tratamiento para dejar los opioides</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de tratamiento para dejar los opioides para ayudar a los participantes a controlar la adicción a los opioides como la heroína. Los programas de tratamiento para dejar los opioides administran medicamentos, generalmente metadona bajo prescripción médica, junto con una variedad de otros servicios clínicos. Estos programas ayudan a los participantes a controlar los problemas físicos relacionados con la dependencia a opiáceos y brinda la oportunidad a los participantes para hacer cambios importantes de estilo de vida con el tiempo. Este servicio no incluye el mantenimiento con metadona, que se encuentra disponible a través de Medicaid pero no a través de Aetna Better Health FIDA Plan.</p>	\$0
<p>Servicios por abuso de sustancias: abstinencia con supervisión médica de pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará la supervisión médica de participantes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Están teniendo una abstinencia leve a moderada ▪ Corren el riesgo de tener una abstinencia leve a moderada ▪ Tienen complicaciones físicas o psiquiátricas no agudas relacionadas con su dependencia química <p>Los servicios deben proporcionarse bajo la supervisión y las indicaciones de un médico autorizado.</p>	\$0
<p>Servicios por abuso de sustancias: servicios de abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de abuso de sustancias para pacientes externos, incluidas las consultas individuales y grupales.</p> <p>Los participantes pueden acceder directamente a una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses sin obtener autorización previa.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias: programa de abuso de sustancias</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios del programa de abuso de sustancias para brindar intervenciones diseñadas individualmente para ayudar al participante a reducir/eliminar el uso de alcohol u otras sustancias que, si no se trata de manera eficaz, podría interferir en la capacidad de la persona de permanecer en la comunidad.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de telesalud</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará los servicios de telesalud para participantes con afecciones que requieren control frecuente o tienen la necesidad de servicios frecuentes de un médico, enfermeros especializados o de cuidados agudos para disminuir la necesidad de consultas en el consultorio.</p> <p>Los participantes elegibles para este servicio incluyen aquellos con las siguientes afecciones: insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuidado de heridas, polifarmacia, problemas mentales o conductuales que limitan el autocontrol, y atención dependiente de la tecnología, como oxígeno constante, atención con respirador, nutrición parenteral total o alimentación enteral.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte (de emergencia y no de emergencia)</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el transporte de emergencia y que no es de emergencia. El transporte se proporciona para citas médicas y servicios médicos. El transporte también está disponible para eventos o servicios no médicos, como servicios religiosos, actividades comunitarias o supermercados, a través de medios de transporte que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxi ▪ Autobús ▪ Metro ▪ Camioneta ▪ Transporte médico ▪ Ambulancia ▪ Aeronave de ala fija o avión ▪ Camioneta para discapacitados ▪ Servicio de alquiler de vehículos ▪ Otros medios 	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p><i>La atención de urgencia es atención brindada para tratar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ una situación que no es de emergencia; o ▪ una enfermedad médica repentina; o ▪ una lesión; o ▪ una afección que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a un proveedor de la red.</p> <p>La atención de urgencia no incluye servicios de atención primaria o servicios proporcionados para tratar una afección médica de emergencia.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta solamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista: exámenes del ojo y de la vista y atención de la vista</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales, enfermedades oculares y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Los exámenes de refracción se limitan a uno cada dos (2) años, salvo que sean médicamente necesarios.</p> <p>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, Aetna Better Health FIDA Plan pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ personas con antecedentes familiares de glaucoma; ▪ personas con diabetes; ▪ afroamericanos de 50 años de edad y más; y ▪ hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Los servicios de clínicas mencionadas en el artículo 28 pueden obtenerse directamente sin autorización previa de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista: anteojos (lentes y monturas) y lentes de contacto</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa, cuando estén autorizados por un optometrista u oftalmólogo. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de piezas.</p> <p>Los anteojos y lentes de contacto son proporcionados una vez cada dos años a menos que sea médicamente necesario tenerlos con más frecuencia o a menos que los anteojos o los lentes de contacto se pierdan, se dañen o se destruyan.</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará un solo par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan también pagará lentes correctivos, monturas y reemplazos si los necesita después de la extracción de cataratas sin el implante de una lente.</p> <p>Los servicios de clínicas mencionadas en el artículo 28 pueden obtenerse directamente sin autorización previa de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios que paga Aetna Better Health FIDA Plan	Lo que usted debe pagar
<p>● Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan cubrirá la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ una revisión de su salud; ▪ educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas); y ▪ remisiones para otro tipo de atención que pueda necesitar. <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la secretaria del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>
<p>Asesoramiento de bienestar</p> <p>Aetna Better Health FIDA Plan pagará el asesoramiento de bienestar para ayudar a los participantes médicamente estables a mantener su estado de salud óptimo.</p> <p>Un profesional en enfermería certificado (RN) trabaja con el participante para reforzar o enseñar hábitos saludables tales como la necesidad de ejercicio diario, el control del peso o el rechazo al tabaquismo. El RN también puede brindar apoyo para el control de enfermedades o trastornos tales como presión arterial alta, diabetes, obesidad mórbida, asma o colesterol alto. El RN puede ayudar al participante a identificar señales y síntomas que pueden necesitar una intervención para evitar futuras complicaciones debido a la enfermedad o el trastorno.</p> <p>Estos servicios no requieren de autorización previa.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

E. Beneficios cubiertos fuera de Aetna Better Health FIDA Plan

Los siguientes cuatro servicios no están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid. Su equipo interdisciplinario (IDT) le ayudará a acceder a estos servicios.

Tratamiento diurno

El tratamiento diurno es una combinación de procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que proporcionan los servicios del programa de tratamiento clínico, además de capacitación social, capacitación de habilidades y tareas, y actividades de socialización.

Servicios en centros de maternidad independientes

Los servicios en centros de maternidad independientes están cubiertos por Medicaid.

Servicios de planificación familiar fuera de la red

Los servicios de planificación familiar fuera de la red son pagados directamente por Medicaid. Los servicios incluyen diagnóstico y todos los tratamientos médicamente necesarios, las esterilizaciones, las pruebas de detección y los tratamientos para las enfermedades de transmisión sexual, y pruebas de detección de enfermedades y embarazo. También se incluye el asesoramiento y las pruebas de VIH cuando se proporcionan como parte de una consulta de planificación familiar. Además, la atención de salud reproductiva incluye cobertura de todos los abortos médicamente necesarios. No se cubren los servicios de fertilización.

Programa de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTP)

El MMTP consiste en la desintoxicación de medicamentos, asesoramiento y servicios de rehabilitación para farmacodependencia, incluso la administración de sustancias químicas del paciente con metadona. Esto no incluye servicios de tratamiento para dejar los opioides, que están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan (consulte la Tabla de productos y servicios cubiertos más arriba). Los centros que proporcionan tratamiento de mantenimiento con metadona lo hacen como misión principal y están certificados por la Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias Tóxicas y Alcoholismo (OASAS) conforme a la Parte 828 del Artículo 14 de NYCRR.

Tratamiento directamente supervisado para tuberculosis (TB)

El tratamiento supervisado para tuberculosis (TB/DOT) es la observación directa de ingesta oral de medicamentos para la tuberculosis (TB) para garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos que el médico le recetó. Si bien el control clínico de la TB está cubierto por Aetna Better Health FIDA Plan, el TB/DOT está cubierto por Medicaid cuando lo proporciona un proveedor de TB/DOT aprobado.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Servicios de hospicio

Los servicios de hospicio proporcionados a los participantes por proveedores de servicios de hospicio aprobados por Medicare son pagados directamente por Medicare. El programa de hospicio es un programa coordinado de atención a domicilio y para pacientes internados que brinda servicios médicos y de apoyo no curativos. Como participante, tiene el derecho de elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que el participante tiene una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Los programas de hospicio brindan a los participantes y sus familias cuidados paliativos y atención de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surgen de problemas físicos, psicológicos, espirituales, sociales y económicos que se tienen durante las etapas finales de la enfermedad y durante el fallecimiento y la pérdida.

Los hospicios son organizaciones que deben ser certificadas por el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York y aprobadas por Medicare. Todos los servicios deben ser proporcionados por empleados y voluntarios calificados del hospicio o por personal calificado a través de acuerdos contractuales en la medida que lo permitan requisitos federales y estatales. Todos los servicios deben proporcionarse de acuerdo con un plan de atención escrito, deben incorporarse en el PCSP y deben reflejar las necesidades cambiantes del participante y la familia.

Si un participante del plan FIDA recibe servicios de hospicio, puede permanecer inscrito y continuar accediendo al paquete de beneficios del plan FIDA. Consulte la Tabla de productos y servicios cubiertos en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Aetna Better Health FIDA Plan paga mientras usted recibe servicios de atención de hospicio. Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare relacionados con el pronóstico terminal del participante son pagados por Original Medicare.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que se relacionan con el pronóstico terminal del participante:

- El proveedor de los servicios de hospicio le facturará a Medicare los servicios del participante. Medicare pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Los participantes no pagan nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que no se relacionen con el pronóstico terminal del participante (excepto en casos de atención de emergencia o atención de urgencia):

- El proveedor de los servicios de hospicio le facturará a Medicare los servicios del participante. Medicare pagará los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare. Los participantes no pagan nada por estos servicios.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Nota: si necesita atención que no es de hospicio, debe comunicarse con su administrador de atención para coordinar los servicios.

La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su administrador de atención al **1-855-494-9945** (TTY: **711**).

F. Beneficios *no* cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan, Medicare o Medicaid

En esta sección se describen los tipos de beneficios que excluye Aetna Better Health FIDA Plan. El término *excluir* significa que Aetna Better Health FIDA Plan no paga estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagarán.

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y productos que Aetna Better Health FIDA Plan no cubre en ninguna circunstancia, y algunos otros que Aetna Better Health FIDA Plan excluye solo en determinados casos.

Aetna Better Health FIDA Plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en alguna otra parte en este *Manual para participantes*), salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de productos o servicios cubiertos, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan:**

- Servicios que no se consideren médicamente necesarios, según las normas de Medicare y Medicaid, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos quirúrgicos y médicos, productos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o Aetna Better Health FIDA Plan. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, página 42. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, Aetna Better Health FIDA Plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión.
- Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de Aetna Better Health FIDA Plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Los participantes son aún responsables de sus montos de costos compartidos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Índice

Introducción	111
Normas de la cobertura para medicamentos para pacientes externos del plan.....	111
A. Cómo obtener sus medicamentos con receta	112
Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	112
Muestre su tarjeta de identificación de participante cuando obtenga un medicamento con receta.....	112
¿Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red?	112
¿Qué sucede si la farmacia que usa deja de formar parte de la red?	112
¿Y si necesita una farmacia especializada?	113
¿Puede usar el servicio de pedido por correo para obtener sus medicamentos?	113
¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?.....	115
¿Puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?	116
¿El plan le reembolsará si usted pagó un medicamento con receta en una farmacia que no pertenece a la red del plan?	116
B. Lista de medicamentos del plan.....	117
¿Qué se incluye en la Lista de medicamentos?	117
¿Cómo puede averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos?	117
Lo que <i>no</i> se incluye en la Lista de medicamentos	117
¿Qué son los niveles?	119
C. Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos	119
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?	119
¿Qué tipos de normas hay?	119
¿Se aplica alguna de estas normas a sus medicamentos?	120



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- D.** ¿Por qué su medicamento puede no estar cubierto?..... 121
 - Puede obtener un suministro temporal 121
- E.** Cambios en la cobertura para sus medicamentos 123
- F.** Cobertura para medicamentos en casos especiales 125
 - Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo 125
 - Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo y es un participante nuevo del plan..... 125
 - Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare..... 125
- G.** Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 126
 - Programas para ayudar a los participantes a utilizar los medicamentos en forma segura 126
 - Programas para ayudar a los participantes a administrar sus medicamentos..... 126



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus *medicamentos con receta para pacientes externos y otros medicamentos cubiertos*. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene de una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medicaid.

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

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

Normas de la cobertura para medicamentos para pacientes externos del plan

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

1. Debe tener un médico u otro proveedor para que le dé recetas. Se requiere una receta por escrito tanto para medicamentos con receta como para medicamentos de venta libre (OTC).
2. Generalmente, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta a menos que Aetna Better Health FIDA Plan o su equipo interdisciplinario (IDT) le haya autorizado usar una farmacia fuera de la red.
3. Su medicamento con receta debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo haciendo una excepción. Consulte la página 179 para conocer cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento debe ser utilizado para una *indicación médicamente aceptada*. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o avalado por ciertos libros de referencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

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

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

Muestre su tarjeta de identificación de participante cuando obtenga un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de participante** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos con receta o medicamentos de venta libre cubiertos.

Si usted no tiene su tarjeta de identificación de participante en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, *es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire*. Luego, puede solicitarle a Aetna Better Health FIDA Plan que le devuelva el dinero. Si no puede pagar el medicamento, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para participantes de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

➔ Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.

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

¿Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red?

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

➔ Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para participantes o su administrador de atención.

¿Qué sucede si la farmacia que usa deja de formar parte de la red?

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
 - Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería. Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro. Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red, o si tiene algún problema para acceder a sus beneficios para medicamentos en un centro de atención a largo plazo, póngase en contacto con su administrador de atención o con el Departamento de Servicios para participantes.
 - Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
 - Farmacias que proveen medicamentos que requieren manejo e instrucciones especiales sobre su uso.
- ➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para participantes o su administrador de atención.

¿Puede usar el servicio de pedido por correo para obtener sus medicamentos?

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través de los servicios de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de “pedido por correo” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Cómo obtengo mis medicamentos con receta por correo?

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, hable con su administrador de atención o llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Por lo general, un medicamento con receta de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. Si un pedido por correo se retrasa debido a la farmacia de pedidos por correo, el personal se comunicará con usted y le ayudará a decidir si debe esperar los medicamentos, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento con receta en una farmacia local. Si no recibió el pedido en el plazo de 10 días calendario desde la fecha en que envió el pedido, llame al personal de Atención al cliente de CVS Caremark al 1-800-552-8159 (solo para personas con problemas auditivos, TTY 1-800-231-4403) y ellos comenzarán a procesar un pedido de reemplazo. Recibirá el pedido rápidamente. Las llamadas a este número son gratuitas.

¿De qué manera el servicio de pedido por correo procesará mi receta?

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

1. Recetas nuevas que usted presenta a la farmacia

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

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico

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

- usted utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- usted se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que obtiene directamente de los proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento seleccionando la opción correspondiente que aparece en el sitio web de CVS Caremark en www.caremark.com. Si necesita ayuda, puede comunicarse con su administrador de atención o llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe cada nueva receta de forma automática, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para participantes y háganos saber cómo le gustaría que recibamos sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo o bien, regístrese en línea con CVS Caremark al www.caremark.com. Puede cambiar sus preferencias para el servicio de pedido por correo en cualquier momento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta para evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para participantes o a su administrador de atención. También puede cambiar sus preferencias registrándose en línea en CVS Caremark en www.caremark.com.

3. Repetición del surtido de recetas para pedido por correo

Para volver a obtener sus medicamentos, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Comuníquese con Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-800-552-8159 (solo para personas con problemas auditivos, TTY 1-800-231-4403) para informar su forma preferida de contacto. Si no sabemos la mejor manera de comunicarnos con usted, es posible que se pierda la oportunidad de decirnos si desea obtener nuevamente un medicamento con receta y usted podría quedarse sin su suministro.

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

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

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para participantes o a su administrador de atención para obtener más información.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?

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

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

- Si obtiene medicamentos con receta en relación con la atención de emergencia.
 - Si obtiene medicamentos con receta en relación con la atención urgente cuando las farmacias de la red no se encuentran disponibles.
 - Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
 - Si trata de obtener un medicamento con receta que no está en el inventario habitual de una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red (estos medicamentos con receta incluyen, por ejemplo, medicamentos huérfanos u otros de una especialidad farmacéutica).
 - Si viaja fuera de su área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban sus medicamentos, los pierde o se enferma, y no puede acceder a una farmacia de la red.
 - Si no recibió su medicamento con receta durante un desastre estatal o federal declarado, u otra emergencia de salud pública declarada en la que fue evacuado o desplazado de su área de servicio o lugar de residencia.
 - El suministro fuera de la red está limitado a un suministro de 29 días.
 - Las reclamaciones impresas deberán ser presentadas para su reembolso.
- En estos casos, primero consulte con el Departamento de Servicios para participantes para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

¿El plan le reembolsará si usted pagó un medicamento con receta en una farmacia que no pertenece a la red del plan?

A veces, una farmacia que no pertenece a la red del plan le solicitará que usted pague el costo total del medicamento y nos pida un reembolso a nosotros. Puede solicitarle a Aetna Better Health FIDA Plan que le devuelva el dinero.

→ Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

B. Lista de medicamentos del plan

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

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

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

¿Qué se incluye en la Lista de medicamentos?

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

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

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

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **www.aetnabetterhealth.com/newyork**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para participantes para saber si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Qué son los niveles?

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

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

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

C. Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

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

Si hay una norma especial para su medicamento, generalmente significa que el proveedor que lo receta tendrá que darnos o darle a su equipo interdisciplinario (IDT) información adicional, o usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba darnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, debe pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que haga una excepción. Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT puede aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

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

¿Qué tipos de normas hay?

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

Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. En la mayoría de los casos, si está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica. Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica. No obstante, si su



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

proveedor nos ha dicho o le ha dicho a su IDT la razón médica por la que el medicamento genérico y otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted y ha escrito “DAW” (Proveer como se solicita) en su receta para un medicamento de marca, entonces Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT aprobarán el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan o del IDT por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación del plan o de su IDT antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tienen la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Su IDT puede aprobar los medicamentos como parte de su Plan de servicio centrado en la persona (PSCP) o usted puede solicitar la aprobación a Aetna Better Health FIDA Plan.

Durante los primeros 90 días de su membresía en el plan, no necesita que el plan o su IDT apruebe una solicitud para obtener nuevamente un medicamento con receta existente, incluso si el medicamento no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna limitación. Para obtener más información sobre cómo obtener un suministro temporal, consulte la página 121 .

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de bajo costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de cubrir los medicamentos que son más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, Aetna Better Health FIDA Plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Esto se denomina *tratamiento escalonado*.

4. Límites de cantidades

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

¿Se aplica alguna de estas normas a sus medicamentos?

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

D. ¿Por qué su medicamento puede no estar cubierto?

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Esto le da tiempo para que hable con su proveedor sobre la posibilidad de recurrir a un medicamento diferente o de solicitarle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que apruebe el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en la Lista de medicamentos del plan; **o**
- nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; **o**
- ahora se limita de alguna manera.

2. Debe encontrarse en una de las situaciones siguientes:

- **Usted estaba en el plan el año pasado y no reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal (o suministros temporales) del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. Este suministro temporal o estos suministros temporales serán para hasta 90 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 90 días de medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

▪ **Usted es nuevo en el plan y no reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal (o suministros temporales) del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será para hasta 90 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 90 días de medicamento. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.

▪ **Usted estaba en el plan el año pasado y reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal (o suministros temporales) del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. El suministro total será para hasta 98 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 98 días de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

▪ **Usted es nuevo en el plan y reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal (o suministros temporales) del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. El suministro total será para hasta 98 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 98 días de medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

▪ **Usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, reside y vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.**

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro de transición para atención a largo plazo.

▪ **Usted es un miembro actual y presenta un cambio en el nivel de atención**

Cubriremos un suministro temporal de 30 días por única vez si se traslada desde un hospital a un entorno de vivienda y:

- necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; **y**
- su capacidad para obtener el medicamento es limitada.

Cubriremos un suministro temporal de 31 días por única vez (consulte la nota a continuación para conocer las excepciones) si se muda a un entorno de atención a largo plazo o fuera de uno, y:

- necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; **y**
- su capacidad para obtener el medicamento es limitada.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Nota: la forma de dosificación sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limita a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Si la receta está indicada para menos de 31 días, pagaremos por la menor cantidad.

Durante este período, debe utilizar el proceso de excepción del plan si desea tener una cobertura continuada del medicamento luego de que termine el suministro temporal.

→ Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para participantes.

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

▪ **Puede cambiar a otro medicamento.**

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

O

▪ **Puede solicitar una excepción.**

Usted y su proveedor pueden pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que realice una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que apruebe un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que apruebe y cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitar la excepción.

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

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

E. Cambios en la cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren el 1 de enero. Sin embargo, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos durante el año. El plan puede:

- Agregar medicamentos porque puede haber nuevos medicamentos disponibles, incluidos medicamentos genéricos, o el gobierno puede haber aprobado un nuevo uso de un medicamento existente.
- Eliminar medicamentos porque se retiraron del mercado o porque medicamentos menos costosos funcionan de igual manera.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Agregar o quitar un límite en la cobertura para un medicamento.
- Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.

Si alguno de los siguientes cambios afecta un medicamento que esté tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año:

- Imponemos un nuevo límite respecto de su uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no a causa de un retiro del mercado ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Antes del 1 de enero del próximo año, por lo general, no habrá un incremento en sus pagos ni se agregarán límites a su uso del medicamento. Los cambios le afectarán el 1 de enero del próximo año.

En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

- Si un medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico, el plan debe darle un aviso del cambio de, por lo menos, 60 días.
 - » El plan puede darle un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - » Durante esos 60 días, debe trabajar con su administrador de atención o su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubra el plan.
 - » Usted y su administrador de atención o su proveedor pueden solicitarle al plan que siga cubriendo el medicamento de marca en su caso. Para saber cómo hacerlo, consulte el Capítulo 9.
 - Si un medicamento es retirado del mercado porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de la Lista de medicamentos. Le informaremos acerca de este cambio de inmediato.
 - » Su administrador de atención o su proveedor también se enterará de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- ➔ Si hay un cambio en la cobertura para un medicamento que está tomando, **el plan le enviará un aviso**. Habitualmente, el plan le avisará al menos 60 días antes del cambio.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

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

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

Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo y es un participante nuevo del plan

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un suministro temporal o múltiples suministros temporales para hasta 98 días cuando solicita un resurtido durante los primeros 90 días de su membresía.

Si ha sido participante del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, cubriremos un suministro para 31 días. También cubriremos un suministro para 31 días si el plan tiene un límite en la cobertura del medicamento. Si la receta está indicada para menos de 31 días, pagaremos por la menor cantidad.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su administrador de atención o su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su administrador de atención o su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto.

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

Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

→ Para obtener información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.

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

Programas para ayudar a los participantes a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, tales como:

- Errores de medicamento
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros debido a su edad o sexo
- Medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Medicamentos que están hechos de ingredientes a los que usted es alérgico

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos con receta, le notificaremos a su administrador de atención y solicitaremos a su equipo interdisciplinario (IDT) que trabaje con su proveedor para corregir el problema.

Programas para ayudar a los participantes a administrar sus medicamentos

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar lo mejor posible los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

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

Estos programas de manejo del tratamiento farmacológico son voluntarios y gratuitos para los participantes que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, su IDT analizará si debería inscribirse en el programa.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 6: Cómo comprender la cobertura para medicamentos del plan

Índice

Introducción	129
A. Explicación de beneficios (EOB)	130
B. Cómo realizar un seguimiento de sus medicamentos.....	130
1. Use la tarjeta de identificación de participante.....	130
2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos en caso de que tengamos que hacerle un reembolso	130
3. Revise los informes que le enviamos	131
C. Un resumen de su cobertura para medicamentos	131
Los niveles del plan	131
Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	131
D. Vacunas.....	133
Antes de recibir una vacuna	133



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Introducción

En este capítulo, se analiza su cobertura para medicamentos para pacientes externos a través de Aetna Better Health FIDA Plan. Por “medicamentos”, nos referimos a los siguientes:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y productos cubiertos por Medicaid; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted está inscrito en la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA), **no deberá pagar ningún costo** por los medicamentos cubiertos.

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

- **Lista de medicamentos cubiertos de Aetna Better Health FIDA Plan.** La denominamos la “Lista de medicamentos”. En esta lista se indican:
 - » Qué medicamentos paga Aetna Better Health FIDA Plan.
 - » En cuál de los 3 niveles se encuentra cada medicamento.
 - » Si hay algún límite en los medicamentos.

Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para participantes. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en **www.aetnabetterhealth.com/newyork**. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **El Capítulo 5 de este Manual para participantes.** En el Capítulo 5, se le indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes externos a través de Aetna Better Health FIDA Plan. Incluye las normas que debe cumplir. También indica qué tipos de medicamentos con receta *no* están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias Aetna Better Health FIDA Plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con Aetna Better Health FIDA Plan. El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. En el Capítulo 5, puede encontrar más información sobre las farmacias de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

A. Explicación de beneficios (EOB)

Aetna Better Health FIDA Plan hace un seguimiento de sus medicamentos y los costos totales de los medicamentos, lo que incluye el monto que Medicare paga por usted.

Cuando obtiene medicamentos con receta a través de Aetna Better Health FIDA Plan, le enviamos un informe denominado la *Explicación de beneficios*. Nosotros la denominamos *EOB*, para abreviarla. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes** El informe indica qué medicamentos con receta recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que Medicare pagó por usted. La EOB no es una factura. Simplemente, se entrega como constancia.
 - **Información “del año hasta la fecha”**. Estos son los medicamentos que usó durante el año y los pagos totales que Aetna Better Health FIDA Plan y Medicare hicieron por usted desde el 1 de enero.
- ➔ Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare. También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Para conocer qué medicamentos cubre Aetna Better Health FIDA Plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de sus medicamentos

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

1. Use la tarjeta de identificación de participante.

Muestre su tarjeta de identificación de **participante** de Aetna Better Health FIDA Plan cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos con receta obtiene.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos en caso de que tengamos que hacerle un reembolso.

No tendrá que pagar por ninguno de los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan. En caso de que se produzca una confusión en la farmacia o que, por cualquier otro motivo, deba pagar un medicamento cubierto, entréguenos las copias de los recibos. Puede solicitarnos que le devolvamos el costo del medicamento.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe brindarnos las copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de Aetna Better Health FIDA Plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Cuando usted paga un copago por los medicamentos que recibe del programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
 - Cuando usted paga el precio total de un medicamento cubierto.
- ➔ Para obtener información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Revise los informes que le enviamos.

Cuando recibe por correo una Explicación de beneficios, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que el informe no es correcto o falta algún dato, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para participantes. Asegúrese de guardar estos informes.

C. Un resumen de su cobertura para medicamentos

Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 3 niveles. Los medicamentos incluidos en estos niveles no tienen costo para usted.

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

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Su cobertura para un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro para un mes o hasta 90 días	Una farmacia de la red de atención a largo plazo Un suministro para 98 días como máximo	Una farmacia fuera de la red Un suministro para 29 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles
Nivel 1 (Medicamentos genéricos con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos de marca con receta de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos con receta que no sean de la Parte D y medicamentos de venta libre)	\$0	\$0	\$0	\$0

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

D. Vacunas

Aetna Better Health FIDA Plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Las vacunas cubiertas por Aetna Better Health FIDA Plan no tienen ningún costo.

Antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que se comuniquen con su Administrador de atención cuando esté planeando vacunarse. Su equipo interdisciplinario (IDT) analizará cuáles son las vacunas adecuadas.

Es mejor que use una farmacia o un proveedor de la red para obtener sus vacunas. Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de una inyección que le administra su proveedor. Si se encuentra en esta situación, le recomendamos que llame primero a su administrador de atención. Si usted paga el costo total de la vacuna en el consultorio de un proveedor, le podemos decir cómo puede solicitarnos que le reembolsemos el costo.

➔ Para obtener información sobre cómo pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 7.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

Índice

A. ¿Cuándo puede solicitarle a Aetna Better Health FIDA Plan que pague los servicios, productos o medicamentos?	134
B. Cómo y adónde enviar su solicitud de pago	137
C. Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT tomarán una decisión de cobertura	137
D. Puede apelar la decisión de cobertura	138

A. ¿Cuándo puede solicitarle a Aetna Better Health FIDA Plan que pague los servicios, productos o medicamentos?

No debería recibir factura por ningún servicio, producto o medicamento dentro de la red. Nuestros proveedores de la red le deben facturar a Aetna Better Health FIDA Plan los servicios, productos y medicamentos que usted ya ha recibido. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan FIDA.

Si recibe una factura en concepto de atención médica o medicamentos, no la pague. En su lugar, envíe la factura a Aetna Better Health FIDA Plan o a su equipo interdisciplinario (IDT). Para enviar una factura a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT, consulte la página 137.

- Si los servicios, productos o medicamentos están cubiertos, Aetna Better Health FIDA Plan le pagará al proveedor directamente.
 - Si los servicios, productos o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, es su derecho pedir que se le reembolse el dinero.
 - Si los servicios, productos o medicamentos **no** están cubiertos, Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT se lo informarán. Puede apelar esta decisión.
- ➔ Comuníquese con el Departamento de Servicios para participantes o con su administrador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué tiene que hacer con ella, el Departamento de Servicios para participantes puede ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya haya enviado a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

➔ La Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) también puede brindarle información gratuita y asistencia sobre su cobertura y sus derechos en virtud del plan FIDA. Para comunicarse con la ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).

A continuación, se presentan ejemplos de los momentos en los que puede recibir una factura y necesitará pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que decida si el plan le devolverá el dinero o pagará la factura que usted recibió:

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

Debe pedirle al proveedor que le facture a Aetna Better Health FIDA Plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos un reembolso. Envíe la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíe la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT.
 - » Si se le debe pagar al proveedor, Aetna Better Health FIDA Plan le pagará directamente.
 - » Si ya pagó por el servicio, Aetna Better Health FIDA Plan le reembolsará el monto.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar a Aetna Better Health FIDA Plan.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Aetna Better Health FIDA Plan se pondrá en contacto con el proveedor directamente y se ocupará del problema.
- Si ya pagó la factura de un proveedor de la red, envíesela a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT junto con el comprobante de los pagos que haya hecho. Aetna Better Health FIDA Plan le reembolsará el monto correspondiente a los servicios, productos y medicamentos cubiertos.

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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento con receta.

➔ En algunos casos, Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT aprobarán medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red. Envíe a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT una copia de su recibo cuando pida a Aetna Better Health FIDA Plan un reembolso. Consulte el Capítulo 5 para conocer más acerca de las farmacias fuera de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

4. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de identificación de participante de Aetna Better Health FIDA Plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de identificación de participante, puede pedirle a la farmacia que llame a Aetna Better Health FIDA Plan o busque la información de inscripción del plan. Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

- Envíe a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT una copia de su recibo cuando le pida a Aetna Better Health FIDA Plan un reembolso.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no tiene cobertura.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de Aetna Better Health FIDA Plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - » Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT (consulte el Capítulo 9).
 - » Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura de Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT (consulte el Capítulo 9).
- Envíe a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT una copia de su recibo cuando le pida a Aetna Better Health FIDA Plan un reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT obtengan más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que Aetna Better Health FIDA Plan pueda reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando envíe una solicitud de pago a Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT, se revisará su solicitud y se tomará una decisión respecto de si se debe cubrir el servicio, producto o medicamento. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si Aetna Better Health FIDA Plan o si el IDT decide que se debe brindar la cobertura, Aetna Better Health FIDA Plan pagará el servicio, producto o medicamento. Si Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar la decisión.

► Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

B. Cómo y adónde enviar su solicitud de pago

Envíe la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. Puede pedirle ayuda a su administrador de atención.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Better Health FIDA Plan
Attn: Participant Services
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

También puede llamar a Aetna Better Health FIDA Plan para solicitar un pago. Llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

C. Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT tomarán una decisión de cobertura

Cuando Aetna Better Health FIDA Plan o su equipo interdisciplinario (IDT) reciban su solicitud de pago, la revisarán y tomarán una *decisión de cobertura*. Esto significa que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT decidirá si su atención médica o su medicamento están cubiertos por el plan. Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT también decidirá el monto, si lo hubiera, que usted deberá pagar por la atención médica o el medicamento.

- Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT le informarán si necesitan información adicional de usted.
 - Si Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT deciden que el servicio, producto o medicamento está cubierto y que usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, el plan lo pagará. Si ya ha pagado por el servicio, producto o medicamento, Aetna Better Health FIDA Plan le enviará por correo un cheque en concepto de lo que usted pagó. Si aún no ha pagado por el servicio, producto o medicamento, Aetna Better Health FIDA Plan le pagará directamente al proveedor.
- ➔ En el Capítulo 3, se explican las normas para obtener cobertura para los servicios. En el Capítulo 5, se explican las normas para obtener cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT deciden que el plan no debe pagar por el servicio, producto o medicamento, el plan le enviará una carta con la explicación de los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- ➔ Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Puede apelar la decisión de cobertura

Si considera que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT ha cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirle a Aetna Better Health FIDA Plan que cambie la decisión. Esto se denomina *presentar una apelación*. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT decide que el plan debe pagar.

- ➔ El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio o producto, consulte la página 174.
 - Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 174.

La Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) también puede brindarle información gratuita y asistencia con cualquier apelación presentada ante Aetna Better Health FIDA Plan. Para comunicarse con la ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Índice

Introducción	141
A. Usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades	141
B. Debemos tratarle con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento	142
C. Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios, productos y medicamentos cubiertos.....	143
D. Debemos proteger su información de salud personal.....	145
Cómo protegemos su información de salud.....	145
Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	145
E. Debemos proporcionarle información acerca de Aetna Better Health FIDA Plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	146
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	147
G. Tiene derecho a dejar Aetna Better Health FIDA Plan en cualquier momento	147
H. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	148
Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre sus servicios	148
Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	149
¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?	150
I. Tiene derecho a pedir ayuda	150
J. Tiene derecho a presentar una queja y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	151
¿Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	151



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Cómo obtener más información sobre sus derechos. 152

Cómo obtener ayuda para comprender sus derechos o ejercerlos 152

K. Tiene derecho a sugerir cambios 152

L. Usted también tiene responsabilidades como participante de Aetna Better Health FIDA Plan. 153



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como participante de Aetna Better Health FIDA Plan. Aetna Better Health FIDA Plan debe respetar sus derechos.

A. Usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios de Aetna Better Health FIDA Plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que se encuentre en Aetna Better Health FIDA Plan. También debemos informarle sobre todos sus derechos y cómo ejercerlos por escrito antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Usted tiene derecho a recibir información oportuna sobre los cambios en Aetna Better Health FIDA Plan. Esto incluye el derecho de recibir actualizaciones anuales de los materiales de Comercialización, Extensión y Comunicaciones para los participantes. Esto también significa que tiene el derecho de recibir un aviso sobre cualquier cambio significativo en la forma en que se le proveen los servicios, al menos, 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigencia del cambio.

Tiene el derecho de contar con la explicación de todas las opciones, las normas y los beneficios del plan, incluso a través del uso de un intérprete calificado si es necesario. Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para participantes. Aetna Better Health FIDA Plan tiene personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas.

Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Los materiales escritos están disponibles en inglés, chino, ruso, italiano, haitiano criollo y coreano. Si desea realizar una solicitud permanente para recibir todos los materiales en un idioma que no sea español o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

➔ Si tiene dificultad para obtener información de Aetna Better Health FIDA Plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento. Puede llamar al 1-800-206-8125.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

B. Debemos tratarle con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento

Aetna Better Health FIDA Plan debe cumplir con las leyes que le protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos a participantes por ninguno de los siguientes motivos:**

- Edad
- Estado civil
- Apelaciones
- Historia clínica
- Comportamiento
- Capacidad mental
- Experiencia en reclamaciones
- Discapacidad física o mental
- Color
- Nacionalidad
- Origen étnico
- Raza
- Evidencia de asegurabilidad
- Recepción de atención médica
- Información genética
- Religión
- Identidad de género
- Sexo
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Orientación sexual
- Estado de salud
- Uso de servicios

Según las normas de Aetna Better Health FIDA Plan, usted tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción o reclusión física que pueda ser utilizada como medio de coacción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Tiene derecho a no ser víctima de negligencia, intimidación, abuso físico o verbal, maltrato o explotación. También tiene derecho a que lo traten con consideración, respeto y con pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará de manera negativa el modo en que Aetna Better Health FIDA Plan y sus proveedores, el estado de Nueva York o los CMS le proporcionen los servicios o dispongan su prestación.

- ➔ Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697). También puede visitar el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- ➔ También puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local. Puede comunicarse con la Agencia de Derechos Civiles de la Oficina del Procurador General del Estado de Nueva York (Civil Rights Bureau of the New York State Attorney General's Office) al 212-416-8250.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- ➔ Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener atención o comunicarse con un proveedor, llame al Departamento de Servicios para participantes. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para participantes puede ayudarlo. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

C. Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios, productos y medicamentos cubiertos

Estos son sus derechos como participante de Aetna Better Health FIDA Plan:

- Tiene derecho a recibir los servicios, productos y medicamentos que sean médicamente necesarios y requiera para satisfacer sus necesidades, de una manera que respete su idioma y cultura, y que se proporcionen en un entorno de atención adecuado, lo que incluye el hogar y la comunidad.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de Aetna Better Health FIDA Plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con Aetna Better Health FIDA Plan. También puede pedirnos que designemos a un especialista como su PCP.
 - » Llame al Departamento de Servicios para participantes o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber qué proveedores aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre los proveedores y la cobertura, lo que incluye el derecho a elegir y cambiar a los proveedores dentro de nuestra red.
- Usted tiene derecho a consultar con un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión o autorización previa.
 - » Se denomina *remisión* a la aprobación de su proveedor de atención primaria para consultar a otro proveedor. Las remisiones no son una exigencia en Aetna Better Health FIDA Plan.
 - » *Autorización previa* significa que debe obtener la aprobación de su equipo interdisciplinario (IDT), de Aetna Better Health FIDA Plan o de otro proveedor específico antes de poder obtener determinados servicios, productos o medicamentos o de consultar a un proveedor fuera de la red.
- Tiene derecho a acceder a otros servicios que no requieren de autorización previa, por ejemplo, atención de emergencia o de urgencia, servicios de diálisis fuera del área y consultas al proveedor de atención primaria. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren de autorización previa y aquellos que no.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable. Si no puede recibir los servicios durante un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
 - » Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
- Tiene derecho a obtener el acceso telefónico a sus proveedores mediante el Servicio de guardia. También tiene derecho a acceder a la Línea de enfermería de Aetna Better Health FIDA Plan durante las 24 horas, los 7 días de la semana para obtener la asistencia o la atención de urgencia o de emergencia necesaria.
- Usted tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a acceder a la atención sin enfrentarse a barreras físicas. Esto incluye el derecho a poder ingresar al consultorio de un proveedor y salir de este, incluso el acceso sin barreras en caso de que tenga una discapacidad u otras afecciones que limiten su movilidad, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
- Tiene derecho a acceder a una red adecuada de proveedores de atención primaria y de especialidad que sean capaces de satisfacer sus necesidades con respecto al acceso físico, así como también a la comunicación y la programación.
- Tiene derecho a recibir adaptaciones razonables para el acceso a la atención, para interactuar con Aetna Better Health FIDA Plan y los proveedores, y para recibir información sobre su atención y cobertura.
- Tiene derecho a recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita, incluida la manera en que puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red de Aetna Better Health FIDA Plan. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

D. Debemos proteger su información de salud personal

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

- Usted tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y a que se mantenga la confidencialidad de todos los registros y las comunicaciones.
- Su información de salud personal incluye la información que nos suministró cuando se inscribió en Aetna Better Health FIDA Plan. También incluye sus conversaciones con los proveedores, sus registros médicos, y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito denominado “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad) que brinda información sobre estos derechos. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.
- Usted tiene derecho a solicitar que toda comunicación que incluya información de salud protegida de Aetna Better Health FIDA Plan se envíe por medios alternativos o a otra dirección.

Cómo protegemos su información de salud

- Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.
- En la mayoría de los casos, no les proporcionamos su información de salud a las personas que no le brindan atención médica ni pagan los costos de su atención. Si lo hacemos, *debemos obtener un permiso por escrito de su parte primero*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - » Debemos divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de nuestra atención.
 - » Debemos proporcionarle a Medicare y Medicaid su información de salud y medicamentos. Si Medicare o Medicaid divulga su información con fines de investigación o para otros fines, se hará de conformidad con las leyes federales. Usted tiene derecho a solicitar información sobre cómo Aetna Better Health FIDA Plan ha divulgado su información de salud y de otro tipo.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
 - Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su información de salud con otras personas y la manera en que se hizo.
- ➔ Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

E. Debemos proporcionarle información acerca de Aetna Better Health FIDA Plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información oportuna y actualizaciones. Si no habla español, debemos brindarle la información sin cargo en un idioma que pueda comprender. Además, debemos proporcionarle los servicios de un intérprete calificado, sin cargo alguno, en caso de que necesite uno durante las citas con los proveedores. Si tiene preguntas sobre Aetna Better Health FIDA Plan o si necesita los servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Este es un servicio gratuito. Los materiales escritos están disponibles en inglés, chino, ruso, italiano, haitiano criollo y coreano. También podemos brindarle información en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Llame al Departamento de Servicios para participantes si desea obtener lo siguiente:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de plan**
- **Información sobre Aetna Better Health FIDA Plan, incluida la siguiente:**
 - » Información financiera
 - » Cómo han calificado otros participantes a Aetna Better Health FIDA Plan
 - » La cantidad de apelaciones realizadas por los participantes
 - » Cómo abandonar Aetna Better Health FIDA Plan
- **Información sobre nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red, que incluye lo siguiente:**
 - » Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - » Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - » Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

➔ Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red de Aetna Better Health FIDA Plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para participantes o visite nuestro sitio web en www.aetnabetterhealth.com/newyork.

▪ **Información sobre los servicios, productos y medicamentos cubiertos y sobre las normas que debe cumplir, que incluye lo siguiente:**

- » Los servicios, productos y medicamentos cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan
- » Límites de su cobertura y medicamentos
- » Normas que debe cumplir para recibir los servicios, productos y medicamentos cubiertos

▪ **Información sobre los motivos por los que un servicio, producto o medicamento no está cubierto y lo que puede hacer al respecto, que incluye lo siguiente:**

- » Cómo solicitarnos que le expliquemos por escrito los motivos por lo que algo no está cubierto
- » Cómo solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos
- » Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió

F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden hacerlo pagar por los servicios, productos o medicamentos cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si les pagamos menos de lo que el proveedor cobró o si no les pagamos nada. Usted tiene derecho a que no se le cobre ningún copago, prima, deducible ni otros costos compartidos. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red trata de cobrarle por los servicios, productos o medicamentos cubiertos, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios para participantes.

G. Tiene derecho a dejar Aetna Better Health FIDA Plan en cualquier momento

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere. Puede dejar el plan en cualquier momento. Si deja Aetna Better Health FIDA Plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage. Puede recibir sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage. También tiene derecho a recibir los servicios de Medicaid a través de otros programas, que incluyen el Programa de atención integral para



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

las personas de edad avanzada (PACE), Medicaid Advantage Plus, Cuidado administrado a largo plazo o Pago por servicio de Medicaid (Original Medicaid).

H. Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre sus servicios

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando recibe atención médica. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que pueden satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que puedan ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica, comunicarse con usted de manera que pueda comprender y brindarle servicios en lugares que usted pueda acceder físicamente. También puede elegir que un miembro de su familia o cuidador participe en las discusiones sobre sus servicios y tratamientos. Tiene derecho a nombrar un representante para que hable por usted sobre la atención que necesita.

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos. Tiene derecho a hablar con los proveedores y a recibir información de ellos sobre todas las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, independientemente del costo, y que estas opciones se presenten de una manera que pueda comprender.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Puede obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro proveedor antes de decidir un tratamiento.
- **Puede decir “no”.** Tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o dejar de tomar un medicamento, no será dado de baja de Aetna Better Health FIDA Plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Puede solicitarnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor negó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Usted tiene derecho a recibir una explicación por escrito.** Si se le negaron los servicios, productos o medicamentos cubiertos, tiene derecho a recibir una explicación por escrito sin tener que solicitar una.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- **Puede solicitarnos que cubramos un servicio, producto o medicamento que le fue negado o que no suele tener cobertura.** A esto se lo denomina una “decisión de cobertura”. En el Capítulo 9, se indica cómo solicitar que Aetna Better Health FIDA Plan o su equipo interdisciplinario (IDT) tome una decisión de cobertura.
- **Puede participar en la planificación de su atención.** Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, recibirá una evaluación integral en persona de dentro de los primeros 90 días de su inscripción o dentro de los seis meses de su última evaluación si está inscrito en Aetna Better Health FIDA Plan de MLTC de Aetna Better Health of New York. También se reunirá con su IDT para desarrollar su plan de servicio centrado en la persona (PCSP) y para actualizarlo, cuando sea necesario. Tiene derecho a solicitar una nueva evaluación integral o una actualización de su PCSP en cualquier momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1.
- **Tiene derecho de recibir información completa y precisa relacionada con su salud y su estado funcional de su proveedor, su IDT y Aetna Better Health FIDA Plan.**

Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que eso le suceda, usted puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario escrito a fin de **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por usted.**
- **Darles a sus proveedores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina *instrucciones anticipadas*. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el *testamento vital* y un *poder de representación para la atención médica*. Cuando se inscribe en el plan, le informaremos sobre su derecho de redactar instrucciones anticipadas. También se le informará sobre este derecho cuando se actualiza su plan de servicio centrado en la persona.

No es necesario que utilice instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su proveedor de atención primaria, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información a las personas acerca de Medicare o Medicaid (como el Departamento para las Personas de Edad Avanzada de Nueva York, el Colegio de Abogados del Estado de Nueva York y la AARP) también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes y solicitar los formularios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- **Completar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcionar copias a las personas que deben saber lo que contiene.** Debe entregarle una copia del formulario a su proveedor de atención primaria. También debe entregarle una copia a la persona que nombre para que tome las decisiones por usted. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección llenar un formulario de instrucciones anticipadas o no.

¿Qué debe hacer si sus instrucciones no se siguen?

Aetna Better Health FIDA Plan y nuestros proveedores deben respetar sus instrucciones. Si ha firmado instrucciones anticipadas y considera que un proveedor no siguió las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar un reclamo ante la Línea de reclamos de hospital del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447 o al Centro de asistencia técnica para cuidado administrado a largo plazo al 1-866-712-7197.

I. Tiene derecho a pedir ayuda

En el Capítulo 2, se incluyen los números de contacto de muchos recursos útiles. Tiene derecho a pedir ayuda sin la intervención de Aetna Better Health FIDA Plan. Puede solicitar ayuda a organismos como la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) o el defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Nueva York.

- La ICAN puede proporcionar información y asistencia relacionadas con su cobertura de Aetna Better Health FIDA Plan. Puede comunicarse con la ICAN llamando al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).
- El defensor del pueblo de atención a largo plazo del estado de Nueva York puede proporcionarle información y asistencia respecto de sus derechos como residente de un centro de atención a largo plazo. Llame al 1-800-342-9871 para obtener información sobre cómo comunicarse con el defensor del pueblo de atención a largo plazo local.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Tiene otros recursos a su disposición, entre los que se incluyen aquellos que se enumeran en el Capítulo 2. Tiene derecho a solicitar ayuda de las entidades enumeradas en el Capítulo 2 o de cualquier otra entidad que identifique.

J. Tiene derecho a presentar una queja y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

En el Capítulo 9, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros participantes han presentado en contra de Aetna Better Health FIDA Plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para participantes.

¿Qué debe hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad, y dicho trato *no* se relaciona con discriminación por los motivos que figuran en la página 142, puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para participantes** y presentar una queja ante Aetna Better Health FIDA Plan tal como se detalla en el Capítulo 9.
- Puede **llamar al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP)** al 1-800-701-0501.
- Puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar a Medicaid** al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-898-5849.
- Puede **llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN)** al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).

En todas las circunstancias, tiene derecho a presentar una queja interna ante Aetna Better Health FIDA Plan, una queja externa ante Medicare o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH), o bien una apelación de una decisión de cobertura. El proceso de presentación de cualquiera de estas se detalla en el Capítulo 9.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen diversas maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para participantes**.
- Puede **llamar al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP)** al 1-800-701-0501.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
 - » Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (Visite <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226.pdf>.)
 - » O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede **llamar a Medicaid** al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-898-5849.
- Puede **llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN)** al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).

Cómo obtener ayuda para comprender sus derechos o ejercerlos

Puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800). La ICAN proporciona información y asistencia gratuitas. No tiene ninguna afiliación con nuestro plan.

K. Tiene derecho a sugerir cambios

Tiene derecho a recomendar cambios en las pólizas y los servicios a Aetna Better Health FIDA Plan, Medicare, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o cualquier representante externo de su elección.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

L. Usted también tiene responsabilidades como participante de Aetna Better Health FIDA Plan

Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para participantes.

- **Consulte el *Manual para participantes* para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener servicios, productos y medicamentos cubiertos.** Esto incluye la elección de un proveedor de atención primaria y el uso de la red de proveedores para los servicios, productos y medicamentos cubiertos. Si hay algo que no comprende, llame al Departamento de Servicios para participantes.
 - » Para obtener más detalles sobre sus servicios y productos cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - » Para obtener más detalles sobre sus medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta que usted tenga.** Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe servicios. Si tiene otra cobertura, llame al Departamento de Servicios para participantes.
- **Informe a su proveedor de atención primaria y a otros proveedores que está inscrito en Aetna Better Health FIDA Plan.** Muestre su tarjeta de identificación de participante de Aetna Better Health FIDA Plan siempre que reciba servicios, productos o medicamentos.
- **Ayude a que su proveedor de atención primaria y otros proveedores le brinden la mejor atención.**
 - » Llame a su proveedor de atención primaria o a su administrador de atención si está enfermo o lesionado para obtener instrucciones de inmediato. Cuando necesite atención de emergencia de proveedores fuera de la red, notifique a Aetna Better Health FIDA Plan lo antes posible. En caso de emergencia, llame al 911.
 - » Proporcióneles a sus proveedores la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - » Asegúrese de que su proveedor de atención primaria y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - » Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus proveedores le deben dar explicaciones que usted pueda comprender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- » Comprenda la función que desempeña su proveedor de atención primaria, su administrador de atención y su equipo interdisciplinario (IDT) en la prestación de atención y coordinación de otros servicios de atención médica que usted pueda necesitar.
- » Participe en el desarrollo de su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP) con su IDT, y asista a las citas o notifique a su administrador de atención o IDT si no puede acudir a una cita.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros participantes respeten los derechos de otros participantes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su proveedor de atención primaria, los hospitales, los consultorios de otros proveedores y cuando interactúe con los empleados de Aetna Better Health FIDA Plan.
- **Pague lo que debe.** Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, es responsable de pagar el costo total de cualquier servicio, producto o medicamento no cubierto por el plan.
 - ➔ Si no está de acuerdo con la decisión de su IDT o de Aetna Better Health FIDA Plan de no cubrir un servicio, producto o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para participantes.
 - » **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo participante de Aetna Better Health FIDA Plan.** En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio. El corredor de inscripciones puede ayudarlo a determinar si se mudará fuera del área de servicio y puede ayudarlo a identificar una cobertura de Medicare y Medicaid alternativa. Además, asegúrese de informarle a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
 - » **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si se producen cambios en su información personal, incluidos sus ingresos o activos.** Debe proporcionar información precisa y completa a Aetna Better Health FIDA Plan.
 - » Es importante que nos informe de inmediato si su información personal cambia, por ejemplo, su número de teléfono, su dirección, su estado civil, si se producen incorporaciones en la familia, su elegibilidad o si tiene otra cobertura de seguro de salud.
 - » Si se producen cambios en sus activos de cuentas bancarias, el efectivo disponible, los certificados de depósito, las acciones, las pólizas de seguro de vida o cualquier otro activo, notifique al Departamento de Servicios para participantes y al estado de Nueva York.
- **Llame al Departamento de Servicios para participantes para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. Infórmenos sobre cualquier problema de inmediato.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

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

¿Qué incluye este capítulo?

Este capítulo contiene información sobre las decisiones de cobertura y sus derechos a presentar quejas y apelar. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, un producto o un medicamento que su equipo interdisciplinario (IDT) o plan han indicado que el plan no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su IDT o el plan tomaron respecto de su atención.
- Cree que sus servicios y productos cubiertos finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente información sobre lo que debe hacer con respecto a su problema o inquietud.

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyos a largo plazo

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su equipo interdisciplinario (IDT) determine que son necesarios para su atención, ya sea que estén incluidos en su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP) o porque haya surgido la necesidad fuera de su PCSP.

Si tiene un problema relacionado con su atención, puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800 y solicitar ayuda. En este capítulo, se explican las diferentes opciones con las que cuenta para los distintos problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la ICAN para que lo guíen en la resolución del problema.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Índice

¿Qué incluye este capítulo?	155
Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o los servicios y apoyos a largo plazo	155
Sección 1: Introducción	159
Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema	159
Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales?	159
Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda	159
Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda	159
Sección 3: Problemas con la cobertura	160
Sección 3.1: Cómo decidir si debe presentar una apelación o una queja	160
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	161
Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones	161
Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	161
Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?	162
Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)	164
Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección	164
Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	165
Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)	168
Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)	172
Sección 5.5: Problemas con pagos	174
Sección 6: Medicamentos de la Parte D de Medicare	176
Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le rembolsemos un medicamento de la Parte D	176



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?	179
Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	180
Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	181
Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	184
Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	187
Sección 7: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada	188
Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare.....	189
Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para cambiar la fecha del alta del hospital	190
Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para cambiar la fecha del alta del hospital	192
Sección 7.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación?	193
Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto	195
Sección 8.1: Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	196
Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para continuar con su atención	196
Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para continuar con su atención	198
Sección 8.4: ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	200
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	202
Sección 9.1: Próximos pasos para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)	202
Sección 9.2: Próximos pasos para los medicamentos de la Parte D de Medicare	202
Sección 10: Cómo interponer una queja.....	203



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 10.1: Quejas internas	204
Sección 10.2: Quejas externas.....	206



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo, se le indicará qué hacer si tiene un problema con su plan, con los servicios o con el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

Sección 1.2: ¿Qué significan los términos legales?

Existe terminología legal compleja para algunas de las normas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso hemos utilizado palabras más simples en vez de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, aparecerá:

- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Comprender y saber el significado de los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también los explicamos.

Sección 2: Dónde puede llamar para obtener ayuda

Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Puede obtener ayuda a través de la Red de Defensa del Consumidor Independiente

Si necesita ayuda inicial, siempre puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN). El estado creó la ICAN para ayudarle con las apelaciones y otros asuntos. La ICAN puede responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué debe hacer para resolver su problema. La ICAN no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La ICAN puede ayudarle a comprender sus derechos y cómo compartir sus inquietudes o desacuerdos. La ICAN también puede ayudarle a comunicarnos sus inquietudes o desacuerdos. El número de teléfono gratuito de la ICAN es 1-844-614-8800. Los servicios son gratuitos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Usted puede obtener ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud

También puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP). El SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal. En el estado de Nueva York, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP). Los asesores del HIICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para resolver su problema. El HIICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HIICAP cuenta con asesores capacitados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HIICAP es 1-800-701-0501.

Cómo obtener ayuda de Medicare

También puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda para resolver sus problemas. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Sección 3: Problemas con la cobertura

Sección 3.1: Cómo decidir si debe presentar una apelación o una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que describen el proceso que se aplica a su tipo de inquietud. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para resolver sus apelaciones o quejas.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si determinados servicios, productos o medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de los servicios, productos o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre la cobertura.	No. Mi problema <u>no</u> es sobre la cobertura.
Vaya a la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 161.	Vaya a la Sección 10: “Cómo interponer una queja” en la página 203.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1: Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una *decisión de cobertura* es una decisión inicial que su equipo interdisciplinario (IDT), el plan o un especialista autorizado toman con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que el plan pagará por sus servicios médicos, productos o medicamentos. El IDT, el plan o un especialista autorizado toman una decisión de cobertura cuando deciden qué se le cubre y cuánto pagará el plan. Entre los especialistas autorizados se incluyen dentistas, optometristas, oftalmólogos y audiólogos.

Si usted o su proveedor no está seguro de si el plan cubre un servicio, producto o medicamento, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico brinde el servicio, producto o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión tomada por su IDT, el plan o un especialista autorizado sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que se cometió un error. Por ejemplo, el IDT, el plan o el especialista autorizado podrían decidir que un servicio, producto o medicamento que usted desea no está cubierto. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión, pueden apelar.

➔ **NOTA:** Usted es miembro de su IDT. Puede apelar incluso si participó en las conversaciones que llevaron a la decisión de cobertura que desea apelar.

Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo pedirle ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquier de los que se mencionan a continuación:

- Llame al **Departamento de Servicios para participantes** al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame a su **administrador de atención** al **1-855-494-9945** (TTY: **711**).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Llame a la **Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN)** para obtener ayuda gratuita. La ICAN es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es 1-844-614-8800.
- Llame al **Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP)** para obtener ayuda gratuita. El HIICAP es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-701-0501.
- Hable con **su proveedor**. Su proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - » Cualquier persona puede ayudarlo a solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación.
 - » Solo aquella persona que usted designe por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, familiar u otra persona lo representen durante la apelación, puede completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o bien redactar y firmar una carta en la que indique quién desea que sea su representante.
 - Para completar un formulario de “Nombramiento de un representante”, llame al Departamento de Servicios para participantes y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en **www.aetnabetterhealth.com/newyork**. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Puede escribir una carta y enviárnosla a nosotros o hacer que la persona indicada en la carta como su representante nos la envíe.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si quiere que lo represente un abogado, deberá completar el formulario de Nombramiento de un representante.

Sin embargo, **no es necesario que tenga un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o presente una apelación.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Este capítulo está dividido en distintas secciones para ayudarle a encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- La **Sección 5 en la página 164** le da información sobre qué debe hacer si tiene problemas con los servicios, productos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
 - El equipo interdisciplinario (IDT), el plan o el especialista autorizado no aprobaron los servicios, productos o medicamentos que su proveedor quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta.
 - **NOTA:** solo use la Sección 5 si se trata de medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos* con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 176 para obtener instrucciones sobre el proceso de apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió servicios o productos que usted considera que deberían estar cubiertos, pero su IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron que el plan no pagará por esta atención.
 - Recibió y pagó servicios o productos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere solicitarle al plan que le reembolse el dinero.
 - Le han notificado que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con la decisión.
 - **NOTA:** si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Consulte la Sección 7 y la Sección 8 en las páginas 188 y 195.
- La **Sección 6 en la página 176** proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Desea solicitarle al plan o a su IDT que hagan una excepción y cubran un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan.
 - Quiere solicitarle al plan o a su IDT que no apliquen límites en la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarle al plan o a su IDT que cubran un medicamento que requiere aprobación previa.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- El plan o su IDT no aprobaron su solicitud o excepción, y usted o su proveedor consideran que deberíamos haberlo hecho.
- Quiere solicitarle al plan que pague un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud al plan o su IDT de una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección 7 en la página 188** proporciona información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si sucede lo siguiente:
 - Está en el hospital y cree que el médico le solicitó que deje el hospital demasiado pronto.
- La **Sección 8 en la página 195** proporciona información sobre lo que debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para participantes al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800.

Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los productos y los medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)

Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con su cobertura de atención médica, servicios de salud conductual y servicios de atención a largo plazo. También puede utilizar esta sección para problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que tienen un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 de este capítulo para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

- 1. Cree que el plan cubre un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo que necesita pero que no recibe.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Qué puede hacer: puede solicitarle a su equipo interdisciplinario (IDT), el plan o a un especialista autorizado que tomen una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 en la página 165 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura. Si está en desacuerdo con dicha decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

2. El IDT, el plan o el especialista autorizado no aprobaron la atención que su proveedor desea brindarle y usted cree que deberían hacerlo.

Qué puede hacer: puede apelar la decisión de no aprobar sus servicios. Consulte la Sección 5.3 en la página 168 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

3. Recibió servicios o productos que usted cree que el plan cubre, pero el IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron que el plan no pagará por ellos.

Qué puede hacer: puede apelar la decisión de que el plan no pagará. Consulte la Sección 5.3 en la página 168 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o productos que usted creía que estaban cubiertos, y quiere que el plan le reembolse el dinero por los servicios o productos.

Qué puede hacer: puede solicitarle al IDT, al plan o su especialista autorizado que autoricen al plan a hacerle el reembolso. Consulte la Sección 5.5 en la página 174 para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

5. El IDT, el plan o un especialista autorizado cambiaron o suspendieron su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con la decisión.

Qué puede hacer: puede apelar la decisión de cambiar o interrumpir el servicio. Consulte la Sección 5.3 en la página 168 para obtener información sobre cómo realizar una apelación.

NOTA: si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un CORF, se aplican normas especiales. Lea las Secciones 7 u 8 en las páginas 188 y 195 para obtener más información.

Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o de atención a largo plazo

Si hay un servicio, producto o medicamento que usted considera que necesita, solicítele a su equipo interdisciplinario (IDT), al plan o su especialista autorizado que le aprueben dicho servicio, producto o medicamento. Puede hacerlo comunicándose con su administrador de atención y diciéndole que quiere una decisión de cobertura. O bien puede llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax, o pedirle a su representante o proveedor que se comuniquen con nosotros y solicite una decisión de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Puede llamarnos al: **1-855-494-9945**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: **711**.
- Puede enviarnos un fax al: 1-855-264-3822.
- Puede escribirnos a: Aetna Better Health FIDA Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

Una vez que la haya solicitado, el IDT, el plan o un especialista autorizado tomarán una decisión de cobertura.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Generalmente, toma hasta 3 días hábiles después de que usted la solicita. Si no recibe una decisión dentro de los 3 días hábiles, puede apelar.

➔ En ocasiones, el IDT, el plan o el especialista autorizado necesitarán más tiempo para tomar una decisión. En este caso, recibirá una carta en la que se le informará que podría demorar hasta 3 días calendario más. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo.

Existen tres excepciones al plazo para la toma de decisión que se indica más arriba:

- Para las decisiones de cobertura sobre continuar o agregar a sus servicios de atención médica actuales, recibirá una decisión dentro de 1 día hábil.
- Para las decisiones de cobertura sobre los servicios de atención médica a domicilio luego de una hospitalización, recibirá una decisión dentro de 1 día hábil. No obstante, si el día posterior a su solicitud es fin de semana o feriado, recibirá una decisión dentro de las 72 horas.
- Para las decisiones de cobertura sobre un servicio, producto o medicamento que ya recibió, recibirá una decisión dentro de los 14 días calendario.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápidamente?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pida una “decisión rápida de cobertura”. Si el IDT, el plan o el especialista autorizado aprueban la solicitud, recibirá una decisión dentro de las 24 horas.

No obstante, en ocasiones, el IDT, el plan o el especialista autorizado necesitarán más tiempo. En este caso, recibirá una carta en la que se le informará que podría demorar hasta 3 días calendario más. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo.

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Si desea solicitar una decisión rápida de cobertura, puede hacer una de las tres opciones siguientes:

- Llamar a su administrador de atención.
- Llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviarnos un fax al 1-855-264-3822.
- Pedir a su proveedor o representante que llame al Departamento de Servicios para participantes.

A continuación, se mencionan las normas para solicitar una decisión rápida de cobertura:

Debe cumplir con los dos requisitos a continuación para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para un servicio, un producto o un medicamento que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de un servicio, un producto o un medicamento que haya recibido).
2. Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el plazo estándar de 3 días hábiles podría *perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima*.

→ **Si su proveedor dice que necesita una decisión rápida de cobertura, automáticamente recibirá una.**

→ Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su proveedor, el IDT, el plan o el especialista autorizado decidirán si se le otorgará una decisión rápida de cobertura.

- Si el IDT, el plan o el especialista autorizado deciden que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, recibirá una carta. El IDT, el plan o el especialista autorizado también utilizarán el plazo estándar de 3 días hábiles.
- En esta carta se le dirá que si su proveedor le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre la decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el proceso de interpelación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 203.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Si la decisión de cobertura es afirmativa, ¿cuándo recibiré el servicio, producto o medicamento?

Si la decisión de cobertura es **afirmativa**, significa que se aprobó que reciba el servicio, producto o medicamento. De ser posible, recibirá o comenzará a recibir el servicio, producto o medicamento aprobados dentro de los 3 días hábiles desde la fecha de nuestra decisión. Si no se puede proporcionar razonablemente el servicio, producto o medicamento dentro de los 3 días hábiles, su IDT trabajará con el proveedor para asegurarse de que usted reciba el servicio, producto o medicamento aprobado lo más rápido posible.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **negativa**, recibirá una carta en la que se le explicará por qué. El plan o su IDT también le notificarán por teléfono.

- Si el IDT, el plan o el especialista autorizado **rechazan** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede hacerlo haciendo (o “presentando”) una apelación. Presentar una apelación implica solicitarle al plan que revise la decisión de negarle la cobertura.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección para obtener más información).

Sección 5.3: Apelación de Nivel 1 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe iniciar la apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800. La ICAN no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación que puede presentar ante Aetna Better Health FIDA Plan. Nuestro plan revisará la decisión de cobertura para determinar si es correcta. El revisor será alguien de Aetna Better Health FIDA Plan que no forme parte de su equipo interdisciplinario (IDT) y que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito. Si necesita una decisión rápida por motivos de salud, también trataremos de notificársela por teléfono.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Si no decidimos la apelación de Nivel 1 a su favor, enviaremos su apelación automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas para una apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar la apelación, usted, su proveedor o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-494-9945** (TTY: **711**) o puede presentar una apelación por escrito. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2. Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación rápida, debe llamarnos al **1-855-494-9945**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito o llámenos.

- Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:
Aetna Better Health FIDA Plan
Attn: Grievance and Appeals Dept.
55 West 125th Street, Suite 1300
New York, NY 10027

- También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-855-494-9945**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Cualquier persona puede presentar una apelación por usted, pero solo aquella persona que usted asigne por escrito podrá representarlo durante la apelación. Para que alguien sea su representante, usted debe completar un formulario de “Nombramiento de un representante” o escribir o firmar una carta en la que indique quién desea que sea su representante. El formulario o la carta le otorgan a la otra persona el permiso para actuar en su nombre.

- Para completar un formulario de “Nombramiento de un representante”, llame al Departamento de Servicios para participantes y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, la persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Si usted presenta una apelación porque se le informó que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación.
- ➔ Siga leyendo esta sección para obtener más información sobre qué plazo corresponde a su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

o en nuestro sitio web en www.aetnabetterhealth.com/newyork. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Puede escribir una carta y enviárnosla a nosotros o hacer que la persona indicada en la carta como su representante nos la envíe.

→ **NOTA:** A veces, un proveedor puede apelar una decisión del plan relacionada con el pago de su atención. Esta es una forma de apelación diferente a la que se realiza en su nombre. No es necesario que usted participe en la apelación del proveedor.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que recibió y en la que le informamos sobre la decisión de cobertura.

Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Estos son algunos ejemplos de buenas razones: tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.

El término legal para una “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

→ **NOTA:** si usted presenta una apelación porque se le informó que un servicio que está recibiendo se cambiará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea que el plan siga brindándole dicho servicio mientras se procesa la apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?” en la página 172 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicite una copia de su archivo del caso. Le proporcionaremos una copia del archivo de su caso sin costo alguno para usted.

¿Mi proveedor puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para servicios o productos. Luego, revisamos si se siguieron todas las normas cuando el IDT, el plan o el especialista autorizado **rechazaron** su solicitud. El revisor será una persona que no forme parte de su IDT y que no haya participado en la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o su proveedor.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “estándar”?

Si su apelación es sobre medicamentos con receta de Medicaid, debemos darle una respuesta dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la apelación. Para todas las demás apelaciones, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos más tiempo para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.
 - Si considera que no deberíamos tomar un tiempo adicional, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando presenta una queja rápida, respondemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de interpelación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 203.
 - Si no le damos una respuesta a su apelación “estándar” dentro de los 7 días calendario (para las apelaciones sobre medicamentos con receta de Medicaid) o 30 días calendario (para todas las otras apelaciones) o antes de que se acabe el tiempo adicional (si nos lo tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 172.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa** a parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación por el medicamento con receta de Medicaid o dentro de los 30 días calendario después de recibir otro tipo de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. La carta le informará que enviamos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas para una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 172.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos más tiempo para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si considera que no deberíamos tomar un tiempo adicional, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más tiempo. Cuando presenta una queja rápida, respondemos a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de interpelación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 203.
 - Si no respondemos a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el tiempo adicional (si lo tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Cuando esto suceda, se lo notificaremos. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 172.
- ➔ **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- ➔ **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. La carta le informará que enviamos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas para una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso para presentar una apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 172.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

Si el IDT, el plan o el especialista autorizado decidieron cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio, producto o medicamento que actualmente recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.

Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio, producto o medicamento si solicita una apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días calendario de la fecha de timbrado que figura en nuestro aviso o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida**, lo que sea posterior.

Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio, producto o medicamento sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación. Todos los demás servicios, productos o medicamentos (que no forman parte de su apelación) también continuarán sin cambios.

Sección 5.4: Apelación de Nivel 2 para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)

Si el plan rechaza la apelación de Nivel 1, ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, enviaremos automáticamente su caso al proceso de apelaciones de Nivel 2 para que sea revisada por la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO). La IAHO es una organización independiente que no está conectada con Aetna Better Health FIDA Plan. La IAHO es parte de la Unidad de Audiencias Administrativas de FIDA de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) del estado.

¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Enviaremos automáticamente cualquier denegación del Nivel 1 (en parte o en su totalidad) a la IAHO para una apelación de Nivel 2. Le notificaremos que su caso fue enviado al Nivel 2 y que la IAHO se pondrá en contacto con usted. El aviso también le proporcionará la información de contacto para la IAHO en el caso de que no tenga noticias suyas para programar su audiencia de apelación de Nivel 2. Debe recibir un Aviso de audiencia administrativa de la IAHO al menos 10 días calendario antes de la fecha de su audiencia. Su audiencia será llevada a cabo por un funcionario de audiencias en persona o por teléfono. Puede solicitar una copia de su archivo del caso llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Su apelación de Nivel 2 será una apelación “estándar” o una apelación “rápida”. Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Además, si la IAHO determina que necesita una apelación rápida, le concederá una. De lo contrario, tendrá una apelación estándar.

- ➔ **Apelación estándar de Nivel 2:** si su apelación estándar es sobre medicamentos con receta de Medicaid, la IAHO deberá darle una respuesta dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que recibe su apelación. Para todas las otras apelaciones estándar, la IAHO debe darle una respuesta dentro de los 62 días calendario a partir de la fecha en que solicitó una apelación ante nuestro plan. La IAHO le dará la respuesta antes si su salud así lo exige.
- ➔ **Apelación rápida de Nivel 2:** la IAHO debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 2?

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, producto o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 172 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Todos los demás servicios, productos y medicamentos (que no forman parte de su apelación) también continuarán sin cambios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Cuando la IAHO tome una decisión, le enviará una carta en la que le explicará su decisión y le proporcionará información sobre sus otros derechos de apelación. Si cumplió los requisitos para una apelación rápida, la IAHO también le informará la decisión por teléfono.

- ➔ Si la IAHO **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar los productos o servicios de inmediato (no más de 1 día hábil desde la fecha de la decisión).
- ➔ Si la IAHO **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”. Puede apelar la decisión de la IAHO.

Si la IAHO rechaza parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión de la IAHO, podría apelar su decisión ante el Consejo de apelaciones de Medicare (MAC) para una apelación de Nivel 3. La decisión de la IAHO no se envía automáticamente al MAC. En su lugar, será usted quien deba solicitar la apelación. En el aviso de decisión de la IAHO aparecerán las instrucciones sobre cómo presentar una apelación ante el MAC.

Consulte la Sección 9 en la página 202 para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Sección 5.5: Problemas con pagos

Aetna Better Health FIDA Plan tiene normas para recibir servicios, productos y medicamentos. Una de las normas indica que los servicios, productos y medicamentos que usted reciba deben estar cubiertos por el plan. Otra norma indica que usted debe recibir los servicios, productos y medicamentos de proveedores que trabajan con nuestro plan. En el Capítulo 3 se explican las normas, incluidas las normas especiales, que se aplican cuando se inscribe en el plan por primera vez. Si usted sigue todas las normas, pagaremos sus servicios, productos y medicamentos.

Si no está seguro si pagaremos un servicio, producto o medicamento, consulte con su administrador de atención. Su administrador de atención le podrá informar si es probable que paguemos el servicio, el producto o el medicamento, o si deberá pedirnos una decisión de cobertura.

Si decide obtener un servicio, producto o medicamento que no están cubiertos por nuestro plan, o si obtiene un servicio, producto o medicamento de un proveedor que no trabaja con nuestro plan, no pagaremos automáticamente el servicio, producto o medicamento. En ese caso, es posible que tenga que pagar el servicio, el producto o el medicamento usted mismo. Si quiere solicitarnos el pago, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios, productos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

¿Qué sucede si seguí las normas para obtener servicios, productos y medicamentos pero aún así recibí una factura de un proveedor?

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios, productos y medicamentos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, producto o medicamento cubierto. Cuando un proveedor le factura algún cargo que nosotros no pagamos, esto se denomina “facturación de saldos”. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios, productos o medicamentos cubiertos, envíenos la factura **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

¿Puede pedir un reembolso por un servicio, producto o medicamento que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por un servicio, producto o medicamento cubierto, no debe pagarla. No obstante, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para obtener servicios, productos y medicamentos.

Si solicita un reembolso, le está pidiendo al plan o su equipo interdisciplinario (IDT) una decisión de cobertura. El plan o su IDT decidirán si el servicio, producto o medicamento que usted pagó está cubierto y comprobarán si cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio, producto o medicamento por el que pagó tiene cobertura y cumplió con todas las normas, le reembolsaremos el costo de dicho servicio, producto o medicamento en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.

O bien, si aún no ha pagado por el servicio, producto o medicamento, le enviaremos el pago directamente a su proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.

- Si el servicio, producto o medicamento *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio, producto o medicamento y explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si el plan o su IDT dicen que no pagarán?

Si no está de acuerdo con la decisión del plan o de su IDT, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3 en la página 168. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio, producto o medicamento que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- ➔ Si **rechazamos** su apelación, enviaremos automáticamente su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO). Si esto sucede, se lo notificaremos por carta.
 - Si la IAHO revierte la decisión del plan y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
 - Si la IAHO **rechaza** su apelación, eso implica que está de acuerdo con la decisión del plan de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). Podría apelar esta decisión ante el Consejo de apelaciones de Medicare como se indica en la Sección 9 en la página 202.

Sección 6: Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Su cobertura como participante de nuestro plan incluye muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que es posible que Medicaid cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* incluye algunos medicamentos con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un asterisco (*) siguen el proceso en la **Sección 5** en la página 164.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitar a Aetna Better Health FIDA Plan o a su IDT que tomen sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Le solicita al plan o a su IDT que hagan una excepción, como:
 - » Solicitarle al plan o su IDT que cubran un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- » Pedirle al plan o a su IDT que no apliquen una restricción a nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Le pregunta al plan o a su IDT si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en nuestra Lista de medicamentos pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
- » **NOTA:** si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso en el que se le explicará con quién debe comunicarse para solicitar una decisión de cobertura.
- Le pide al plan o a su IDT que decidan si el plan debe pagar un medicamento con receta que usted ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura tomada por el plan o su IDT, puede apelar. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué sección tiene información para su situación:



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirle al plan o a su IDT que hagan una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 179. También consulte la Sección 6.3 y la Sección 6.4 en las páginas 180 y 181.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarle al plan o a su IDT que tomen una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 181.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede solicitarle al plan o a su IDT que el plan le haga un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 181.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que le está pidiendo al plan que reconsidere su decisión).</p> <p>Vaya a la Sección 6.5 en la página 184.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, o no está cubierto en la forma en que desearía que estuviera, puede pedirle al plan o a su equipo interdisciplinario (IDT) que hagan una “excepción”.

Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirle al plan o a su IDT que hagan:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - » Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
 - » Que se obtenga la aprobación antes de que el plan cubra el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - » Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que el plan cubra el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - » Límites de cantidades. El plan limita la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.

El término legal para pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones solicitar una **“excepción al formulario”**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

La persona autorizada a dar recetas debe explicarnos las razones médicas

La persona autorizada a dar recetas debe entregarle al plan o a su equipo interdisciplinario (IDT) una declaración que explique las razones médicas para la solicitud de una excepción. La decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de la persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Se los llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, el plan o su IDT *no* aprobarán su solicitud de una excepción.

Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT aceptarán o rechazarán su solicitud de una excepción

- Si el plan o su IDT **aceptan** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su proveedor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si el plan o su IDT **rechazan** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de la decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 en la página 184 explica cómo presentar una apelación.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíe un fax a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para participantes para realizar su solicitud. Usted, su representante o la persona autorizada a dar recetas pueden hacer esto. Puede llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede llamar a su administrador de atención al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**.

- Usted, la persona autorizada a dar recetas u otra persona que actúe en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.

Lea la Sección 4 en la página 161 para conocer cómo puede darle permiso a alguien para que actúe como su representante.

➔ No es necesario que le otorgue permiso por escrito a la persona autorizada a dar recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.

- Si quiere que el plan le reembolse el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se explican los casos en los que es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirle al plan que le reembolse el costo de un medicamento por el que pagó.

En resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba o envíe un fax a su administrador de atención o al Departamento de Servicios para participantes. O bien pídale a su representante o a la persona autorizada a dar recetas que soliciten una decisión de cobertura por usted. Recibirá una respuesta a una decisión estándar de cobertura en un plazo de 72 horas. Recibirá una respuesta al reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden pedir una decisión rápida. (Normalmente, recibimos las decisiones rápidas en un plazo de 24 horas).
- ➔ Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su proveedor debe proporcionarle al plan o a su IDT las razones médicas para la excepción del medicamento. A esto le llamamos “declaración de respaldo”.

La persona autorizada a dar recetas puede enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, la persona autorizada a dar recetas puede hablar con nosotros por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión rápida de cobertura”

Se aplicarán los “plazos estándares” a menos que el plan o su IDT hayan acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que el plan o su IDT le darán una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de la persona autorizada a dar recetas.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que el plan o su IDT le darán una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de la persona autorizada a dar recetas.
 - » Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - » Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
 - » Si la persona autorizada a dar recetas indica que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, el plan o su IDT aceptarán automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura y se lo informarán en la carta.

Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de la persona autorizada a dar recetas), el plan o su IDT decidirán si le otorgarán una decisión rápida de cobertura.

Si el plan o su IDT deciden que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, se utilizarán los plazos estándares. Recibirá una carta en la que se le informará esto. En la carta, se le comunicará cómo interponer una queja sobre la decisión de tomar una decisión estándar. Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de interpelación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 203.

El término legal para una “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada de cobertura”.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si el plan o su IDT utilizan los plazos rápidos, recibirá una respuesta en 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas desde que el plan o su IDT reciban su solicitud. O bien, si solicita una excepción, 24 horas después de que el plan o su IDT reciban la declaración de la persona autorizada a dar recetas que respalda su solicitud. Recibirá una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si el plan o su IDT no cumplen con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.
- **Si rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, recibirá una carta en la que se explicará el motivo. En la carta, también le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si el plan o su IDT utilizan los plazos estándares, recibirá una respuesta en 72 horas después de recibida su solicitud. O bien, si solicita una excepción, después de que se reciba la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Recibirá una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si el plan o su IDT no cumplen con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas de recibida su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.
- **Si rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, recibirá una carta en la que se explicará el motivo. En la carta, también le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Plazos para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- El plan o su IDT deben darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- Si el plan o su IDT no cumplen con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- ➔ **Si acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- ➔ **Si rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, recibirá una carta en la que se explicará el motivo. En la carta, también le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Sección 6.5: Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar la apelación, usted, la persona autorizada a dar recetas o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamando al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Debe solicitar una apelación en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha que figura en el aviso que le notifica la decisión. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una buena causa por haber perdido el plazo puede ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

En resumen: En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, la persona autorizada a dar recetas o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitarnos una apelación por teléfono.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, la persona autorizada a dar recetas o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ➔ Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - » Si lo desea, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por el plan o su IDT acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 en página 181.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si se siguieron todas las normas cuando el plan o su IDT **rechazaron** su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con la persona autorizada a dar recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

El término legal para una “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, debería solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.

→ Si **aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó:

- » Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación.
- » Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación.

→ Si **rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explica por qué **rechazamos** su solicitud y describe cómo puede apelar nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 6.6: Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, les enviaremos el archivo de su caso. Puede solicitar una copia de su archivo del caso llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con el plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se le explicará su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicite **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si se vence el plazo por una razón justificada, puede seguir apelando.
- Usted, la persona autorizada a dar recetas o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- ➔ Lea esta sección para asegurarse de reunir los requisitos para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación a la IRE sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe responder su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación.
 - » Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o brindarle la cobertura para el medicamento en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
 - » Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicite deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al monto mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. En la carta que reciba de la IRE, se le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 7: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico, su equipo interdisciplinario (IDT) y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar cualquier tipo de atención que pueda necesitar cuando deje el hospital.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico, su IDT o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. Existe un proceso especial y más rápido para apelar las decisiones de alta del hospital.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Es manejado por la Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada por Medicare. Es muy recomendable que utilice el proceso más rápido en lugar del proceso de apelaciones regular que se describe en la Sección 5 en la página 164. Sin embargo, ambas opciones están disponibles para usted. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación ante la QIO y también le recuerda su opción de proceso de apelación ante el plan.

Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso importante llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El *aviso importante* le brinda información sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos los siguientes:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Formar parte de las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que le pudieran haber informado su médico o el personal del hospital.

Guarde la copia del aviso firmado para que tenga la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

➔ Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para participantes o a Medicare a los números indicados anteriormente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 7.2: Apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, debe solicitar una apelación. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad. La Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para ver si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

En Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al 1-866-815-5440.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad **antes** de retirarse del hospital y no después de su fecha prevista del alta. *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* contiene información sobre cómo contactarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- Si llama antes de retirarse, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha prevista del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
- Si *no llama* para presentar una apelación y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-866-815-5440 para solicitar una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha prevista del alta.

➔ Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más información adicional, consulte la Sección 7.4 en la página 193.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. También puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura después de la fecha prevista del alta. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores consultarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta en la que se indicará su fecha prevista del alta. En la carta, se explicarán las razones por las que su proveedor, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado que reciba el alta en esa fecha.

El término legal para la explicación por escrito es “Aviso detallado del alta”. Puede solicitar una copia llamando al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, nuestra cobertura para los



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, deberá pagar la continuación de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3: Apelación de Nivel 2 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

En Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-866-815-5440.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán su decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-855-408-8557 para solicitar otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan su solicitud?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Qué sucede si rechazan su solicitud?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión del Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Sección 7.4: ¿Qué sucede si se vence el plazo de la apelación?

Si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad, aún así puede presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Siga el mismo procedimiento que se describe en la Sección 5 de la página 164, que también se resume a continuación.

Apelación de Nivel 1 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan. Solicítenos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y cumplía con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión con la rapidez que su afección lo requiera pero en un plazo no superior a 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Llame al número del Departamento de Servicios para participantes y solicite una “revisión rápida” de su fecha del alta del hospital.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sigan siendo médicamente necesarios.

También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- **Si rechazamos su revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - » Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.
- ➔ Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas. Al hacer esto, significa que su caso va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación de Nivel 2 alternativa para cambiar la fecha del alta del hospital

Si no estamos de acuerdo con usted en que su fecha del alta del hospital debería cambiarse, enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO) dentro de 2 días hábiles después de haber tomado la decisión del Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede interponer una queja. La Sección 10 en la página 203 explica cómo interponer una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IAHO revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IAHO hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IAHO no tiene ninguna relación con nuestro plan.
- Un funcionario de audiencias de la IAHO analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si la IAHO **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Si la IAHO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.

En la carta que reciba de la IAHO, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja el Consejo de apelaciones de Medicare (MAC). La Sección 9 de este capítulo proporciona más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Sección 8: Qué debe hacer si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio.
 - Atención de enfermería especializada brindada en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
- ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos mientras que su proveedor o IDT indiquen que los necesita.
- ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar sus servicios*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Existe un proceso especial y más rápido para apelar estos tipos de decisiones de cobertura. Es manejado por la Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada por Medicare. Es muy recomendable que utilice el proceso más rápido en lugar del proceso de apelaciones regular que se describe en la Sección 5 en la página 164. Sin embargo, ambas opciones están disponibles para usted. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación ante la QIO y también le recuerda su opción de proceso de apelación ante el plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 8.1: Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar sus servicios. El aviso por escrito se denomina *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir sus servicios.
- En el aviso por escrito también se le indica cómo puede apelar la decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir los servicios.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar sus servicios.

Sección 8.2: Apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para continuar con su atención

Si cree que estamos terminando la cobertura para sus servicios demasiado pronto, puede presentar una apelación. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede interponer una queja. La Sección 10 en la página 203 explica cómo interponer una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, llame al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.**

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y determinará si debe cambiar la decisión que tomamos. En Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-866-815-5440. La información sobre la presentación de apelaciones ante la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación acelerada”. Es una revisión independiente respecto a si es médicamente adecuado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios.

¿Cuál es su plazo para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 200.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para solicitar una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-855-408-8557 para solicitar una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda su atención y antes de su fecha prevista del alta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para la mejora de la calidad en la que se explique el motivo de la interrupción de sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor y revisarán la información que el plan les ha proporcionado.
- **Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta en la que se explica por qué sus servicios deben finalizar es “Explicación detallada de no cobertura”.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención.

Sección 8.3: Apelación de Nivel 2 ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad **rechaza** su apelación de Nivel 1 **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura para la atención ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Durante la apelación de Nivel 2, puede pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que se tomó en el Nivel 1. Si aceptan la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

En Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-866-815-5440. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir brindándole cobertura por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá, se le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención durante un período más prolongado

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-866-815-5440 para solicitar otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le brinda su atención y antes de su fecha prevista del alta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 8.4: ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 ante la Organización para la mejora de la calidad, aún así puede presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Siga el mismo procedimiento que se describe en la Sección 5 de la página 164, que también se resume a continuación.

Apelación de Nivel 1 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan. Solicítenos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

- Durante esta revisión, tenemos en cuenta toda la información sobre su atención médica a domicilio, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o la atención que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Comprobamos si la decisión sobre cuándo se deberían cancelar los servicios fue justa y cumplía con todas las normas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión con la rapidez que su afección lo requiera pero en un plazo no superior a 72 horas desde la recepción de su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios.

También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

- **Si rechazamos** su solicitud de revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - » Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se cancelarían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

➔ Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida,

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Llame al número del Departamento de Servicios para participantes y solicite una “revisión rápida”.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

enviaremos su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas. Al hacer esto, significa que su caso va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación de Nivel 2 alternativa para continuar con su atención durante un período más prolongado

Si no estamos de acuerdo con usted en que sus servicios deberían continuar, enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la IAHO dentro de 2 días hábiles después de haber tomado la decisión del Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede interponer una queja. La Sección 10 en la página 203 explica cómo interponer una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IAHO revisa la decisión que tomamos al **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- La IAHO hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.
- La IAHO no tiene ninguna relación con nuestro plan.
- Un funcionario de audiencias de la IAHO analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Si la IAHO **acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención. Debemos seguir brindando nuestra cobertura para sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IAHO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la cancelación de la cobertura de los servicios era médicamente apropiada.

En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa para solicitarle al plan que continúe con su atención

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO).

En la carta que reciba de la IAHO, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3 ante el Consejo de apelaciones de Medicare. La Sección 9 en la página 202 proporciona más información sobre los niveles adicionales de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección 9.1: Próximos pasos para servicios, productos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D de Medicare)

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2 como se describe en las Secciones 5, 7 u 8, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la IAHO, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión por parte del Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con la ICAN. El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Sección 9.2: Próximos pasos para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2 para los medicamentos de la Parte D de Medicare como se describe en la Sección 6, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a acceder a niveles adicionales de apelación. En la carta que reciba de la Entidad de revisión independiente, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez Administrativo (ALJ). Si quiere que un ALJ revise su caso, los medicamentos que solicita tendrán que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, puede recurrir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con la ICAN. El número de teléfono es 1-844-614-8800.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Sección 10: Cómo interponer una queja

¿Sobre qué tipos de problemas deben ser las quejas?

“Interponer una queja” es otra forma de decir “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser *confidencial*.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Aetna Better Health FIDA Plan lo trató mal.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a los centros en el consultorio de un proveedor.
- Su proveedor no le ofrece las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla.
- Ha tenido que esperar demasiado a proveedores, farmacéuticos u otros profesionales de salud o al Departamento de Servicios para participantes u otro personal del plan.

En resumen: Cómo interponer una queja

Puede interponer una queja interna ante nuestro plan o una reclamación externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para interponer una queja interna, llame al Departamento de Servicios para participantes o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que se encargan de manejar las quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección 10.2 en la página 206.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Quejas sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del proveedor no están limpios.

Quejas sobre el acceso en otros idiomas

- Su proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Considera que la información por escrito que le enviamos es muy difícil de comprender.

Quejas sobre lo oportuno de las medidas relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted considera que, después de brindarle una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle ciertos servicios.
- Usted considera que no enviamos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas o a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

¿Existen diferentes tipo de quejas?

Sí. Podría presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan, que es el encargado de revisarla. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada con nuestro plan, y es esta organización la que la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) al 1-844-614-8800.

Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La queja debe presentarse **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

- Si hay algo más que tenga que hacer, el Departamento de Servicios para participantes se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, le daremos una respuesta dentro de las 48 horas después de recibida toda la información necesaria (pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su queja).
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de la queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos la queja o no. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja externa.

El término legal para una “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Respondemos la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario. De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, le daremos una respuesta dentro de las 48 horas después de recibida toda la información necesaria (pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su queja).
- Si interpone una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más para responder su queja. Le informaremos por escrito si necesitamos más tiempo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de la queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos la queja o no. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja externa.

Sección 10.2: Quejas externas

También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja (reclamo) a Medicare. El formulario de reclamos de Medicare se encuentra disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Su queja debe ser enviada al equipo de Medicare y Medicaid que supervisa nuestro plan y el programa FIDA.

Puede informar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja

Para interponer una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH), puede llamar a la línea de ayuda del NYSDOH al 1-866-712-7197. Su queja debe ser enviada al equipo de Medicare y Medicaid que supervisa nuestro plan y el programa FIDA.

Puede interponer una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede interponer una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales si cree que no se lo ha tratado de forma justa. Por ejemplo, puede interponer una queja sobre la accesibilidad para personas discapacitadas o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local llamando al: 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697).

También puede tener derechos de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con la ICAN para obtener asistencia. El número de teléfono es 1-844-614-8800.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Puede interponer una queja ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
- O bien, puede interponer su queja ante nosotros **y** ante la Organización para la mejora de la calidad. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

En Nueva York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-866-815-5440.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan FIDA

Índice

A. ¿Cuándo puede cancelar su participación en nuestro plan FIDA?.....	209
B. ¿Cómo cancela su participación en nuestro plan FIDA?	210
C. ¿Cómo puede inscribirse en un plan FIDA diferente?	210
D. Si abandona nuestro plan FIDA y no quiere inscribirse en un plan FIDA diferente, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de un solo plan?	211
E. Si abandona nuestro plan FIDA y no quiere inscribirse en otro plan FIDA o en un plan PACE o MAP, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid?	211
Cómo obtener los servicios de Medicare	211
Cómo obtener los servicios de Medicaid	214
F. Hasta que se cancele su participación, continuará recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan FIDA.....	215
G. Su participación se cancelará en determinadas situaciones (incluso si usted no ha solicitado que se cancele).....	215
H. Nosotros <i>no podemos</i> pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan FIDA por ningún motivo relacionado con su salud	216
I. Es posible que tenga derecho a solicitar una audiencia imparcial si el programa FIDA cancela su participación en nuestro plan FIDA	217
J. Tiene derecho a presentar una queja ante Aetna Better Health FIDA Plan si le pedimos al programa FIDA que cancele su participación en nuestro plan FIDA	217
K. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo cancelar su participación en nuestro plan FIDA?	217

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre las formas en las que puede cancelar su participación en nuestro plan FIDA y el acceso a sus opciones de cobertura de Medicare y Medicaid después de abandonar Aetna Better Health FIDA Plan. Si abandona Aetna Better Health FIDA Plan, aún reunirá los requisitos para los beneficios de Medicare y Medicaid.

A. ¿Cuándo puede cancelar su participación en nuestro plan FIDA?

Puede cancelar su participación en Aetna Better Health FIDA Plan en cualquier momento. Su participación se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 25 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.

- ➔ Para obtener información acerca de las opciones de Medicare cuando abandona Aetna Better Health FIDA Plan, consulte la tabla de la página 211.
- ➔ Para obtener información acerca de sus servicios de Medicaid cuando abandona Aetna Better Health FIDA Plan, consulte la página 214.

A continuación, se presentan maneras en las que puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su participación:

- Llame al corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 10:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.
- Llame al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP). El número de teléfono del HIICAP es 1-800-701-0501.
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) también puede brindarle información gratuita y asistencia con cualquier problema que pueda tener con su plan FIDA. Para comunicarse con la ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

B. ¿Cómo cancela su participación en nuestro plan FIDA?

Si decide cancelar su participación en Aetna Better Health FIDA Plan, llame al corredor de inscripciones o a Medicare e infórmeles que desea abandonar Aetna Better Health FIDA Plan:

- Llame al corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 10:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541; O BIEN
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Podrá encontrar más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandona Aetna Better Health FIDA Plan en la tabla de la página 211.

C. ¿Cómo puede inscribirse en un plan FIDA diferente?

Si desea continuar recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan FIDA diferente.

Para inscribirse en un plan FIDA diferente:

- Llame al corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 10:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541. Infórmele al corredor de inscripciones que desea abandonar Aetna Better Health FIDA Plan e inscribirse en un plan FIDA diferente. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, el corredor de inscripciones puede informarle sobre otros planes disponibles en su área. O BIEN
- Si conoce el nombre del plan FIDA en el que desea inscribirse, envíe al corredor de inscripciones un Formulario de cambio/inscripción. Puede obtener el formulario en <http://www.ny MedicaidChoice.com> o llamando al corredor de inscripciones al 1-855-600-FIDA si necesita que le envíen uno por correo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.

Su cobertura con Aetna Better Health FIDA Plan finalizará el último día del mes en el que recibamos su solicitud. Su cobertura con el nuevo plan FIDA seleccionado comenzará el primer día del mes siguiente.

D. Si abandona nuestro plan FIDA y no quiere inscribirse en un plan FIDA diferente, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de un solo plan?

Si abandona Aetna Better Health FIDA Plan y desea continuar recibiendo los servicios de Medicare y Medicaid juntos de un solo plan, es posible que pueda inscribirse en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) o en el programa Medicaid Advantage Plus (MAP).

Para inscribirse en el PACE o MAP:

- Llame al corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 10:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541. Infórmele al corredor de inscripciones que desea abandonar Aetna Better Health FIDA Plan e inscribirse en PACE o MAP. Si no está seguro de en qué plan PACE o MAP quiere inscribirse, el corredor de inscripciones puede informarle sobre otros planes en su área.

E. Si abandona nuestro plan FIDA y no quiere inscribirse en otro plan FIDA o en un plan PACE o MAP, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid?

Si usted no quiere inscribirse en otro plan FIDA ni en un plan PACE o MAP después de abandonar Aetna Better Health FIDA Plan, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado tal como se describe a continuación.

Cómo obtener los servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Dispone de tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al inscribirse en una de estas opciones, automáticamente se cancelará su participación en Aetna Better Health FIDA Plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud solo de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. <p>Su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
---	--

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. <p>Su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.</p>
--	--

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, este puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura para medicamentos con receta si recibe cobertura para medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al HIICAP al 1-800-701-0501.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. <p>Su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Cómo obtener los servicios de Medicaid

Si abandona el plan FIDA, aún podrá recibir sus servicios de Medicaid.

- Tendrá la oportunidad de cambiarse a un plan de cuidado administrado a largo plazo de Medicaid para recibir servicios y apoyos a largo plazo, y para recibir sus servicios de salud física y conductual de Medicaid a través del plan de pago por servicio de Medicaid. Puede optar por dejar de recibir por completo los servicios y apoyos a largo plazo. No obstante, es posible que necesite tiempo adicional para completar un alta segura.
 - » Si opta por dejar de recibir por completo los servicios y apoyos a largo plazo, debemos asegurarnos de que estará seguro sin recibirlos. Para hacerlo, completaremos un proceso de alta segura. Es posible que esto tarde algunas semanas a partir de la fecha en la que nos informe que desea abandonar los servicios y apoyos a largo plazo. Durante este tiempo, estará inscrito en el plan de cuidado administrado a largo plazo de Medicaid operado por la misma compañía que Aetna Better Health FIDA Plan. Su solicitud de cambio en la cobertura de Medicare no se retrasará y entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la solicitud del cambio.
- Si recibía servicios del Programa de exención para la derivación y la transición a hogares de convalecencia 1915(c) antes de inscribirse en el plan FIDA, tendrá la oportunidad de volver a solicitar la participación en dicho programa. Continuará recibiendo los servicios existentes del Programa de exención para la derivación y la transición a hogares de convalecencia de Aetna Better Health FIDA Plan o deberá inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid para recibir los servicios de Medicaid hasta que se apruebe su solicitud de participación en el Programa de exención para la derivación y la transición a hogares de convalecencia 1915(c). El corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) puede ayudarlo con la solicitud.
- Obtendrá una nueva tarjeta de identificación de participante de Medicaid, un nuevo *Manual para participantes* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias*.

F. Hasta que se cancele su participación, continuará recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan FIDA

Si abandona Aetna Better Health FIDA Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su participación se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. Consulte la página 209 para obtener más información. Durante este tiempo, continuará recibiendo los servicios, artículos y medicamentos a través de Aetna Better Health FIDA Plan.

- **Debe utilizar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si ingresa en el hospital el día en que se cancela su participación, nuestro plan, por lo general, cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura comienza antes de que le den el alta.

G. Su participación se cancelará en determinadas situaciones (incluso si usted no ha solicitado que se cancele)

Estos son los casos en los que las normas del programa FIDA exigen que se cancele su participación:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid.
- Si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses consecutivos.
 - » Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para participantes para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de Aetna Better Health FIDA Plan.
- Si va a la cárcel, a prisión o a un centro correccional por un delito.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para atención médica o medicamentos con receta.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente en los Estados Unidos.

Deberá ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser un participante de nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible según estos requisitos para ser un participante de nuestro plan. Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con estos requisitos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

En cualquiera de las situaciones anteriores, el corredor de inscripciones (New York Medicaid Choice) le enviará un aviso de cancelación de la inscripción y estará disponible para explicarle sus otras opciones de cobertura.

Además, podemos solicitar que el programa FIDA lo retire de Aetna Better Health FIDA Plan por los siguientes motivos:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en Aetna Better Health FIDA Plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros participantes de Aetna Better Health FIDA Plan, incluso después de haber hecho todo lo posible por resolver sus problemas y de haberlo documentado.
- Si usted, a sabiendas, no completa ni envía el formulario de consentimiento o divulgación necesario que le permite a Aetna Better Health FIDA Plan y a los proveedores acceder a la información sobre la atención médica y los servicios que es necesaria para brindarle atención.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de participante para obtener atención médica.
 - » Si cancelamos su participación por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

En cualquiera de las situaciones anteriores, le notificaremos respecto de nuestra inquietud antes de solicitar la aprobación del programa FIDA para que se cancele su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan. Haremos esto para que tenga la oportunidad de resolver los problemas primero. Si los problemas no se resuelven, lo notificaremos una vez más tras haber presentado la solicitud. Si el programa FIDA aprueba nuestra solicitud, usted recibirá un aviso de cancelación de la inscripción. El corredor de inscripciones estará disponible para explicarle sus otras opciones de cobertura.

H. Nosotros *no podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan FIDA por ningún motivo relacionado con su salud*

Si considera que le estamos solicitando que cancele su inscripción en Aetna Better Health FIDA Plan por una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a Medicaid al 1-800-541-2831. Es posible que tenga derecho a solicitar una audiencia imparcial si el programa FIDA cancela su participación en nuestro plan FIDA.

I. Es posible que tenga derecho a solicitar una audiencia imparcial si el programa FIDA cancela su participación en nuestro plan FIDA

Si el programa FIDA cancela su participación en Aetna Better Health FIDA Plan, el programa FIDA deberá indicar las razones por escrito. También tendrá que explicarle cómo puede solicitar una audiencia imparcial respecto de la decisión de cancelar su participación.

J. Tiene derecho a presentar una queja ante Aetna Better Health FIDA Plan si le pedimos al programa FIDA que cancele su participación en nuestro plan FIDA

Si solicitamos al programa FIDA que cancele su participación en nuestro plan, deberemos indicar las razones por escrito. También tendremos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su participación. Puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

➔ **Nota:** puede usar el proceso de queja para expresar su insatisfacción respecto de nuestra solicitud de cancelar su participación. No obstante, si desea solicitar que se cambie la decisión, debe solicitar una audiencia imparcial tal como se describe en la Sección I anterior.

K. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo cancelar su participación en nuestro plan FIDA?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su participación, puede llamar al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

La Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN) también puede brindarle información gratuita y asistencia con cualquier problema que pueda tener con su plan FIDA. Puede comunicarse con la ICAN gratis al 1-844-614-8800 o por Internet en icannys.org. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir los pasos para marcar 844-614-8800).



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al **1-855-494-9945** (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Capítulo 11: Avisos legales

Índice

A. Avisos sobre leyes	218
B. Aviso sobre no discriminación	218
C. Aviso sobre Aetna Better Health FIDA Plan como pagador secundario	219
Derecho de subrogación de Aetna Better Health FIDA Plan	219
Derecho de reembolso de Aetna Better Health FIDA Plan	219
Sus responsabilidades	219
D. Confidencialidad del participante y aviso sobre prácticas de privacidad.....	220
E. Aviso de acción	220

A. Avisos sobre leyes

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

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare deben cumplir las leyes. No se lo puede tratar de forma diferente debido a su edad, experiencia en reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historia clínica, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad por alguna de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY (personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla) deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

C. Aviso sobre Aetna Better Health FIDA Plan como pagador secundario

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

Aetna Better Health FIDA Plan tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago de los servicios, productos y medicamentos cubiertos cuando otra persona debe pagar primero.

Derecho de subrogación de Aetna Better Health FIDA Plan

La subrogación es el proceso mediante el cual Aetna Better Health FIDA Plan recupera una parte o la totalidad de los costos de su atención médica de otro asegurador. Algunos ejemplos de otros aseguradores incluyen los siguientes:

- Su seguro de automóvil o vivienda
- El seguro de automóvil o vivienda de la persona que ocasionó su enfermedad o lesión
- Compensación laboral

Si un asegurador que no sea Aetna Better Health FIDA Plan debe pagar los servicios, productos o medicamentos relacionados con una enfermedad o lesión, Aetna Better Health FIDA Plan tiene derecho a solicitar que el asegurador nos reintegre los gastos. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza de Aetna Better Health FIDA Plan se considerará secundaria cuando otro plan, incluso otro plan de seguro, le proporcione cobertura para los servicios, productos o medicamentos cubiertos por FIDA.

Derecho de reembolso de Aetna Better Health FIDA Plan

Si recibe dinero de una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Aetna Better Health FIDA Plan tiene derecho a solicitarle que reintegre el costo de los servicios cubiertos que pagó. No podemos obligarlo a reintegrar más dinero del que recibió de la demanda o el acuerdo.

Sus responsabilidades

Como participante de Aetna Better Health FIDA Plan, usted acepta hacer lo siguiente:

- Informarnos sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Aetna Better Health FIDA Plan.
- Cooperar con Aetna Better Health FIDA Plan cuando solicitemos información y asistencia con la coordinación de los beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a Aetna Better Health FIDA Plan con sus derechos de subrogación y reembolso.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

- Autorizar a Aetna Better Health FIDA Plan a investigar, solicitar información y divulgar datos que sean necesarios para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que lo permita la ley.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que deba reintegrarnos nuestros costos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, para hacer cumplir nuestros derechos en virtud de este plan.

D. Confidencialidad del participante y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, los registros, los datos y los elementos de datos relacionados con usted, usados por nuestra organización, empleados, subcontratistas y socios comerciales, estén protegidos de la divulgación no autorizada de conformidad con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Parte 431, Subparte F; el Título 45 del CFR Parte 160; y el Título 45 CFR Parte 164, Subpartes A y E.

La ley nos exige que le proporcionemos un aviso que describa cómo puede usarse y divulgarse su información de salud, y cómo puede obtener esta información. Revise detenidamente este Aviso sobre prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para participantes al **1-855-494-9945** (TTY: **711**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

E. Aviso de acción

Debemos utilizar un aviso de determinación de cobertura para notificarle sobre una denegación, finalización y demora o modificación en los beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación a nuestro plan. No tendrá que pagar por ninguno de estos procedimientos. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse, caminar o cepillarse los dientes.

Administrador de atención: persona principal que trabaja con usted, el plan FIDA, sus proveedores de atención y su IDT para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Agencia estatal de Medicaid: la agencia de Medicaid del estado de Nueva York es la Oficina de Programas de Seguros de Salud (OHIP) del NYSDOH.

Apelación: una forma de cuestionar una decisión de cobertura si considera que es errónea. Nos puede pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta a participantes. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Aetna Better Health FIDA puede solicitar autorización al programa FIDA para retirarlo del plan FIDA si usted se muda fuera del área de servicio del plan FIDA. Para obtener más información sobre el área de servicio del plan FIDA, consulte el Capítulo 1.

Atención autodirigida: un programa que le ofrece la flexibilidad de elegir y administrar a sus cuidadores. Usted (o la persona que designe) es responsable de seleccionar, contratar, capacitar, supervisar y despedir a los cuidadores. Para obtener más información, consulte los Capítulos 3 y 4.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica. El plan cubre la atención de emergencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Atención de urgencia: atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no es una emergencia pero que requiere de atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos.

Audiencia administrativa integrada: una reunión ante la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas durante la cual usted puede indicar los motivos por los que considera que Aetna Better Health FIDA Plan o su IDT tomaron la decisión incorrecta.

Audiencia imparcial: la posibilidad que se le otorga de contar su problema ante el tribunal del estado de Nueva York y demostrar que una decisión que tomamos sobre su elegibilidad para Medicaid o el programa FIDA es errónea.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Autorización previa: aprobación necesaria antes de poder obtener determinados servicios, productos o medicamentos cubiertos. Algunos servicios, productos y medicamentos solamente tienen cobertura si Aetna Better Health FIDA Plan, su IDT u otro proveedor específico los autoriza en su caso. Los servicios y productos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de servicios y productos cubiertos del Capítulo 4. Algunos medicamentos solamente cuentan con cobertura si obtiene la autorización previa de Aetna Better Health FIDA Plan o el IDT. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS.”

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su participación en Aetna Better Health FIDA Plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): un centro de atención de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar una atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios relacionados con la salud.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro u hogar de convalecencia: lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal a cargo de Medicare y Medicaid. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Consejo de apelaciones de Medicare: la entidad que lleva a cabo las apelaciones de Nivel 3, tal como se describe en el Capítulo 9.

Continuación de beneficios: consulte “Continuación de beneficios”.

Continuación de beneficios: puede continuar recibiendo los servicios o productos que son objeto de su apelación mientras espera una decisión de una apelación de Nivel 1, 2 o 3. Esta continuación de la cobertura se denomina “continuación de beneficios”. Todos los demás servicios y productos continúan automáticamente a los niveles aprobados durante su apelación.

Corredor de inscripciones: la entidad independiente (New York Medicaid Choice) que se ocupa de las inscripciones y las cancelaciones de la inscripción en el plan FIDA correspondientes al estado de Nueva York.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Decisión de cobertura: una decisión tomada por su IDT, Aetna Better Health FIDA Plan u otro proveedor autorizado sobre si Aetna Better Health FIDA Plan cubrirá un servicio para usted. Esto incluye las decisiones sobre los servicios, productos y medicamentos cubiertos. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Departamento de Servicios para participantes: departamento dentro de Aetna Better Health FIDA Plan responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para participantes.

Determinación de la organización: Aetna Better Health FIDA Plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios y productos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios y productos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una parte del cuerpo o la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor agudo.

Equipo interdisciplinario (IDT): su IDT incluirá a su proveedor de atención primaria (PCP), a su administrador de atención y a demás profesionales de salud de su elección (incluido su proveedor de atención primaria [PCP]) están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su IDT también lo ayudará a elaborar un PCSP y a tomar decisiones de cobertura.

Especialista: un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Evaluación integral: una revisión de su historia médica, sus necesidades y preferencias, y sus afecciones actuales. La usan usted y su IDT para desarrollar su Plan de servicio centrado en la persona (PCSP). El término hace referencia tanto a la evaluación integral inicial a la que se someterá la primera vez que se inscriba en Aetna Better Health FIDA Plan o en el plazo de los seis meses de su última evaluación si se inscribió en MLTC de Aetna Better Health of New York y las repeticiones de las evaluaciones integrales posteriores que se realizarán al menos cada seis meses, pero con más frecuencia si es necesario debido a cambios en sus necesidades. La evaluación y las repeticiones de la evaluación integral estarán a cargo de enfermeros certificados y se realizarán en el lugar en el que usted viva en ese momento, entre los que se pueden incluir el hogar, el hospital, un centro de atención de enfermería o cualquier otro lugar.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Explicación de beneficios (EOB): un resumen de los medicamentos que recibió durante un mes determinado. También muestra los pagos totales efectuados por Aetna Better Health FIDA Plan y Medicare para usted desde el 1 de enero.

Facturación de saldos: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura a una persona cuando solamente se le debe facturar a Aetna Better Health FIDA Plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo”. Como Aetna Better Health FIDA Plan paga el costo total de los servicios, usted no debe recibir ninguna factura de los proveedores. Llame al Departamento de Servicios para participantes si recibe alguna factura que no comprende.

Farmacia de la red: farmacia que ha aceptado proporcionar los medicamentos con receta para los participantes de Aetna Better Health FIDA Plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con Aetna Better Health FIDA Plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con Aetna Better Health FIDA Plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los participantes de Aetna Better Health FIDA Plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Hospicio: un programa de atención y apoyo destinado a ayudar a que las personas que tienen un pronóstico terminal vivan con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona padece de una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Un inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Aetna Better Health FIDA Plan debe proporcionarle una lista de proveedores de servicios de hospicio en su área geográfica.

Límites de cantidad: límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de los medicamentos con receta cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan. Aetna Better Health FIDA Plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si existen normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos suele denominarse “Formulario”.

Manual para participantes e información de divulgación: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como participante de Aetna Better Health FIDA Plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa a cargo del gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: aquellos servicios y artículos necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar afecciones que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro la vida, provoquen enfermedad o dolencia, o interfieran en la capacidad de una persona para desenvolverse en sus actividades normales o amenacen alguna discapacidad significativa. Aetna Better Health FIDA Plan proporcionará cobertura de conformidad con la norma de cobertura actual más favorable de Medicare y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH), tal como se detalla en las normas y las pautas de cobertura federales y del NYSDOH.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa que originariamente desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras empresas de medicamentos.

Medicamento genérico: medicamento con receta que el gobierno federal ha aprobado para utilizar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta y a otros medicamentos que cubre Aetna Better Health FIDA Plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que pueden estar cubiertos en la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de cuidado administrado.

Nivel del medicamento: un grupo de medicamentos que, por lo general, son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de 3 niveles.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Oficina de Audiencias Administrativas Integradas (IAHO): una unidad dentro de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del estado de Nueva York que lleva a cabo muchas de las apelaciones de Nivel 2 tal como se describe en el Capítulo 9.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los participantes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con una QIO para su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno federal. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Original Medicare está disponible en todas partes en los EE. UU. Si usted no desea formar parte de Aetna Better Health FIDA Plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: término que se usa cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese ingresado oficialmente, puede ser considerado un paciente externo en vez de un paciente internado, aunque usted permanezca durante la noche.

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y caminadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de control.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: programa de Medicare que les permite a las compañías de seguro de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviarlo). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Aetna Better Health FIDA incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Participante (participante de nuestro plan, o participantes del plan): persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para obtener servicios y artículos cubiertos a través del programa FIDA, que se inscribió en Aetna Better Health FIDA Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los CMS y el estado.

Plan de servicio centrado en la persona (PCSP): un plan relacionado con los servicios y productos que recibirá, cómo los recibirá y sus metas respecto de la atención. El PCSP se desarrolla con la ayuda de su IDT y su propio aporte.

Plan Fully Integrated Duals Advantage (FIDA): una organización de cuidado administrado que actúa bajo contrato con Medicare y Medicaid para proporcionar a las personas elegibles todos los servicios disponibles a través de ambos programas, así como también nuevos servicios. El plan está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee administradores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.

Plan parcial/de MLTC: un programa de plan de cuidado administrado de Medicaid que está disponible para las personas elegibles como alternativa al programa FIDA para recibir los LTSS de Medicaid.

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP): el HIICAP es el Programa estatal de asistencia en seguros de salud de Nueva York. El HIICAP brinda asesoramiento sobre seguros de salud en forma gratuita a las personas que tienen Medicare. El HIICAP no está vinculado a ninguna compañía de seguro, plan de cuidado administrado ni plan FIDA.

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE): un programa de plan de cuidado administrado de Medicare y Medicaid que está disponible para las personas elegibles como alternativa al programa FIDA. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cómo seleccionar un PACE.

Programa de cuidado administrado a largo plazo (MLTCP): el Programa de cuidado administrado a largo plazo es el programa de Medicaid a través del cual las personas elegibles pueden obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad o el centro mediante un plan de cuidado administrado bajo contrato para proporcionar estos servicios y otros servicios de Medicaid.

Programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA): un programa de demostración administrado de manera conjunta por el estado de Nueva York y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. Con esta demostración, el gobierno estatal y federal prueban nuevas maneras de mejorar cómo usted recibe los servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

Programa Medicaid Advantage Plus (MAP): un programa de plan de cuidado administrado de Medicare y Medicaid que está disponible para las personas elegibles como alternativa al programa FIDA. Para obtener más información sobre cómo seleccionar el MAP, consulte el Capítulo 10.

Proveedor de atención primaria (PCP): su médico principal u otro proveedor que es responsable de proporcionar gran parte de sus servicios y productos preventivos y de atención primaria. Su PCP formará parte de su equipo interdisciplinario (IDT) si así lo desea. Si en su IDT, su PCP participará en el desarrollo de su plan de servicio centrado en la persona (PCSP), mediante la toma de determinaciones de cobertura sobre los servicios o productos solicitados por o para usted, y la aprobación de autorizaciones para servicios y artículos que formarán parte de su PCSP. El PCP puede ser un médico de atención primaria, un profesional en enfermería o un auxiliar médico. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros participantes un monto adicional. Mientras sea participante de Aetna Better Health FIDA Plan, deberá usar la red de proveedores para obtener los servicios y productos cubiertos, excepto en determinadas condiciones, como por ejemplo en casos de atención de emergencia o urgencia. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que Aetna Better Health FIDA Plan no emplea, opera ni del que es propietario y que, además, no ha firmado un contrato para ofrecerles servicios y productos cubiertos a los participantes de Aetna Better Health FIDA Plan. En el Capítulo 3, se explica cómo funcionan los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: declaración escrita u oral que indica que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios o la atención cubierta. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red.

Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN): una oficina que le ayuda si tiene problemas con Aetna Better Health FIDA Plan. Los servicios de la ICAN son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo puede comunicarse con la ICAN.

Servicios en centros de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de servicios en centros de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica prolongada. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un centro de atención de enfermería u hospital. Los LTSS, en ocasiones, también se denominan atención a largo plazo, servicios y apoyos a largo plazo, o servicios y apoyos basados en el hogar y la comunidad.

Servicios y productos cubiertos por Medicare: servicios y productos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido Aetna Better Health FIDA Plan, deben cubrir todos los servicios y productos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios y productos cubiertos: término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por Aetna Better Health FIDA Plan. Los servicios y productos cubiertos se detallan individualmente en el Capítulo 4.

Tratamiento escalonado: una norma de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.



Si tiene alguna pregunta, llame a Aetna Better Health FIDA Plan al 1-855-494-9945 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.aetnabetterhealth.com/newyork.

AETNA BETTER HEALTH FIDA PLAN

55 W 125th St, Suite 1300
New York, NY 10027



Aetna, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Aetna, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Aetna, Inc.:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Aetna Medicaid Civil Rights Coordinator

If you believe that Aetna, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Aetna Medicaid Civil Rights Coordinator, 4500 Cotton Center Blvd., Phoenix, AZ 85040, 1-888-234-7358, TTY 711, 860-900-7667, MedicaidCRCoordinator@aetna.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Aetna Medicaid Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

www.aetnabetterhealth.com/newyork

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

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 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-385-4104** (телетайп: **711**).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Yiddish: אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל.
1-800-385-4104 (TTY: **711**) רופט

Bengali: লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-385-4104** (TTY: **711**)।

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-385-4104** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

Urdu: خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-385-4104** (TTY: **711**)۔

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

Albanian: KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

