Manual para miembros de CHIP

Aetna Better Health® Kids (CHIP)

Obtenga más información sobre sus beneficios de atención médica

Juntos logramos ser más saludables™

AetnaBetterHealthKidsPA.com

chip Pennsylvania's Children's Health Insurance Program
We Cover All Kids.

aetna®

PA-25-10-10 (Rev 2/2026)

¡Anote aquí los números importantes!

Número de identificación de miembro de su hijo

_____

Número de identificación de miembro de su otro hijo

_____

El proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo

_____

El proveedor de atención primaria (PCP) de su otro hijo.

_____

Farmacia

_____

Centro de Control de Envenenamiento

_____

En caso de emergencia, llame al 911 o a la línea directa de emergencia local.

¿Alguna pregunta? Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (línea gratuita) o al TTY: 711 (solo para personas con discapacidad auditiva)**.
Visite nuestro sitio web en **www.AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**

If you need this material translated into another language, call Member Services at **1-800-822-2447 (TTY: 711).**
Si usted necesita este material en otro lenguaje, llame a Servicios al Miembro al **1-800-822-2447 (TTY: 711).**

Es posible que este plan de cuidado administrado no cubra todos los gastos de atención médica de su hijo. Lea atentamente el contrato del plan para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos. Para comunicarse con el plan, llame al **1-800-822-2447 (TTY: 711).**

Manual para miembros de Aetna Better Health® Kids

Programa de seguro de salud para niños

Índice

¡Bienvenido! 5
1. Elegibilidad e inscripción 6
2. Derechos y responsabilidades de los miembros 9
3. Departamento de Servicios para Miembros 12
4. Proveedor de atención primaria 16
5. Proveedores especializados 17
6. Estándares de citas 19
7. Atención de emergencia 22
8. Proveedores fuera de la red 24
9. Sus costos por los servicios cubiertos 24
10. Coordinación de beneficios 26
11. Subrogación 26
12. Resumen de beneficios 27
13. Beneficios médicos 29
14. Servicios ampliados 41
15. Beneficios de farmacia 42
16. Beneficios de salud mental 43
17. Beneficios para los trastornos por abuso de sustancias 44
18. Beneficios dentales 46
19. Beneficios de la vista/atención de la vista 48
20. Exclusiones del CHIP 50
21. Administración de la atención 54
22. Control de enfermedades 55
23. Administración de uso 56
24. Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías 57
25. Programa de mejora de la calidad 57
26. Privacidad y confidencialidad 58
27. Fraude y abuso 58
28. Reclamos y quejas 58
29. Definiciones útiles 65
Apéndice I 74

¡Bienvenido!

Gracias por inscribir a su hijo en el Programa de seguro de salud para niños (CHIP) que le ofrece Aetna Better Health Kids. Su hijo tiene una amplia gama de beneficios disponibles a través de este programa.
Estas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Consultas médicas
- Medicamentos con receta
- Controles
- Atención dental
- Atención de la vista
- Consultas a la sala de emergencias
- Atención de salud conductual
- Hospitalizaciones
- Pruebas y radiografías

CHIP es un programa financiado por el estado y el gobierno federal que proporciona seguro de salud a niños sin seguro de hasta 19 años que no son elegibles para recibir asistencia médica. Ofrecemos cobertura del CHIP a través de un contrato con la Oficina de Programas de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, específicamente con la Oficina del CHIP. Todos los miembros del CHIP deben renovar los beneficios anualmente (sujeto a la disponibilidad de fondos del programa y a la elegibilidad continua). El proceso de renovación es sencillo y se describe en este manual.

Este manual le ayudará a entender los beneficios del CHIP de su hijo, cómo acceder a la atención y cómo ponerse en contacto con nosotros. También proporciona información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros.

Si no ha recibido por correo la tarjeta de identificación del miembro de Aetna Better Health Kids de su hijo, la recibirá dentro de poco. Cada niño inscrito recibe su propia tarjeta de identificación. Deberá usar esta tarjeta de identificación cuando su hijo reciba atención. También tendrá que llevar la tarjeta a la farmacia cuando recoja las recetas para su hijo.

Si tiene problemas para leer o entender esta información, tiene preguntas sobre la cobertura de su hijo o la atención que está recibiendo o no obtiene la tarjeta de identificación de su hijo, llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

Le damos la bienvenida al CHIP, ofrecido por Aetna Better Health Kids. Nos alegra que sea miembro y esperamos poder servirle.

1. Elegibilidad e inscripción

¿Quién es elegible para el CHIP?
Para calificar e inscribirse en el CHIP, su hijo debe cumplir con las siguientes condiciones:
- Ser menor de 19 años
- Ser ciudadano de los EE. UU., nacional estadounidense o extranjero calificado
- Ser un residente de Pensilvania
- No tener seguro
- No ser elegible para recibir asistencia médica

¿Cómo puedo verificar el estado de inscripción o elegibilidad de mi hijo?
Puede consultar la inscripción de su hijo, los beneficios que tiene disponibles y encontrar proveedores participantes en su área llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Puede verificar su estado de elegibilidad revisando su cuenta del Portal de acceso a servicios sociales de la Mancomunidad de Pensilvania (COMPASS) o comunicándose con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO).

¿Qué opciones del CHIP están disponibles?
Dependiendo del tamaño de su familia y de sus ingresos, su hijo puede calificar para la cobertura del CHIP gratuita, de bajo costo o de costo total. La cobertura gratuita no requiere pagos de primas mensuales ni copagos. La cobertura de bajo costo y de costo total requiere el pago de una prima mensual y copagos para determinados servicios. Si su hijo reúne los requisitos para la cobertura de bajo costo o de costo total, recibirá instrucciones detalladas y una factura mensual que deberá devolver con su pago para que su hijo permanezca inscrito en el CHIP. Su hijo puede perder la cobertura si no paga la prima mensual antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura.

¿Qué cambios debo informar durante el año de beneficios?
Todos los cambios en las circunstancias de su familia después de que su hijo haya sido inscrito deben ser reportados al COMPASS o a la CAO. Si no informa los cambios de inmediato, puede perder la cobertura. Estos cambios pueden incluir lo siguiente:
- Tamaño de la familia
- Dirección
- Número de teléfono
- Ingresos del hogar o situación laboral
- Cobertura de un plan privado o patrocinado por el empleador o asistencia médica

¿Cuándo recibiré la tarjeta de identificación de miembro de mi hijo?
Recibirá por correo las tarjetas de identificación de Aetna Better Health Kids de su hijo en un plazo de 5 a 7 días hábiles después de la inscripción. Las tarjetas le dan el derecho a su hijo a todos los beneficios del CHIP que se explican en la parte de beneficios de este manual (incluidos los beneficios médicos, dentales, de la vista, de salud conductual, etc.). Las tarjetas incluirán la siguiente información:
- El nombre de su hijo.
- Número de identificación del miembro.
- Nombre y número de teléfono del PCP
- Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros, servicios dentales, servicios de salud conductual y servicios de atención de la vista.

- Las tarjetas de identificación de su hijo son para su uso exclusivo. Nunca permita que nadie más las use.

¿Cuándo necesita mi hijo usar una tarjeta de identificación?
Deberá mostrar la tarjeta de identificación de su hijo a los proveedores cada vez que su hijo necesite recibir algún servicio cubierto.

¿Qué hago si pierdo la tarjeta de identificación de mi hijo?
Llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si pierde la tarjeta de identificación de su hijo. Le enviaremos por correo una tarjeta de identificación nueva.

¿Puedo transferir la cobertura del CHIP de mi hijo a otra compañía de seguros del CHIP?
Sí. Para transferir la cobertura del CHIP de su hijo a otra compañía de seguros del CHIP, comuníquese con la Oficina del CHIP al **1-800-986-KIDS (5437)** y solicite la transferencia. Antes de solicitar la transferencia, verifique que la compañía de seguros a la que quiere cambiarse participe en el CHIP en su área y que su médico trabaje con esa compañía de seguros. El cambio se realizará poco después de que nos llame. No habrá interrupciones en la cobertura del CHIP. Se le informará la fecha de entrada en vigencia del cambio. También recibirá una carta para confirmar esta información. Hasta esa fecha, su hijo debe seguir usando los beneficios del CHIP a través de Aetna Better Health Kids.

¿Puedo solicitar una reevaluación de elegibilidad durante un año de beneficios del CHIP?
Sí, puede solicitar una reevaluación de la elegibilidad de su hijo a través de su CAO o a través del COMPASS durante el año de beneficios del CHIP para ver si podría calificar para una opción del CHIP menos costosa. La CAO revaluará la elegibilidad de su hijo en función de cualquier cambio en el tamaño de su familia o sus ingresos. La CAO le informará si los cambios generarían o no un cambio en las opciones del CHIP. No tiene que cambiar de opción mientras se encuentra a mitad de un año de beneficios.

¿Cómo puedo agregar otro hijo a la cobertura del CHIP?
Si su familia ya tiene un hijo inscrito en el CHIP, puede agregar a otro hijo a la familia llamando a la Oficina de Asistencia del Condado de Pennsylvania (PA) al **1-800-692-7462**, o puede usar el sitio web del COMPASS para presentar una solicitud en línea o encontrar la información de la oficina local de su condado.

¿Una miembro del CHIP que quede embarazada permanecerá en el CHIP?
Una miembro del CHIP que quede embarazada durante su período de 12 meses de elegibilidad para el CHIP permanecerá en el programa durante el período de 12 meses (y 12 meses después del parto). Cuando nazca el bebé, debe comunicarse con la CAO de inmediato para que se pueda evaluar al recién nacido y determinar su elegibilidad para el CHIP o para la asistencia médica. La CAO determinará para qué programa es elegible el recién nacido utilizando la información correcta sobre los ingresos y el tamaño de la familia en la solicitud original del miembro.

¿Cómo se puede agregar al recién nacido de un miembro del CHIP a la cobertura del CHIP?
Si un miembro del CHIP tiene un bebé recién nacido mientras está inscrito en el CHIP, el recién nacido está cubierto automáticamente por el CHIP durante los primeros 31 días de vida. Deberá llamar a la Oficina de Asistencia del Condado de PA al **1-800-692-7462** o usar el sitio web del COMPASS para presentar la solicitud en línea o encontrar la información de la oficina local de su condado, inmediatamente después de que nazca el hijo, para comenzar el proceso de

inscripción. Esto es necesario para que el recién nacido reciba su propia cobertura de atención médica después de que finalice el período de 31 días.

¿Cuánto tiempo dura la cobertura del CHIP de mi hijo?
La cobertura del CHIP de su hijo se extenderá por un año completo de beneficios (12 meses) a partir del primer día de inscripción de su hijo, a menos que cambie la elegibilidad debido a razones no financieras (p. ej., mudarse fuera del estado, cumplir 19 años, inscribirse en Medicaid, etc.). Este período de tiempo se denomina año de beneficios. Al final del año, usted debe renovar la cobertura del CHIP de su hijo o su cobertura terminará.

¿Cómo renuevo la cobertura del CHIP de mi hijo?
Recibirá una carta y un formulario de renovación de la CAO 90 días antes de que finalice el año de beneficios. La carta de renovación y el formulario de renovación le indicarán qué información debe proporcionar para la revisión anual.

Puede hacer la renovación en línea en **www.compass.state.pa.us** o en papel. Visite nuestro sitio web para obtener una lista completa de instrucciones sobre cómo renovar en línea en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**. Si desea hacer la renovación en papel, asegúrese de completar el formulario y devolverlo con toda la información requerida antes de la fecha límite. Si no lo hace, la cobertura del CHIP de su hijo terminará en la fecha indicada en la carta. Es posible que la cobertura de atención médica de su hijo cambie con la renovación anual. Debemos revisar los ingresos de su familia todos los años. Dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su formulario de renovación y los documentos solicitados, recibirá una carta que le indicará si su hijo sigue siendo elegible para el CHIP. También explicará cualquier cambio en la cobertura para el nuevo año de beneficios.

Si su hijo no es elegible para el CHIP, la CAO determinará si es elegible para recibir asistencia médica y le enviará una carta con su decisión. Si su hijo no es elegible para el CHIP o la asistencia médica, recibirá una carta en la que se le explicará por qué se denegó su solicitud de renovación, junto con información sobre cómo apelar la decisión si no está de acuerdo con ella.

¿Qué puede hacer que finalice la cobertura del CHIP de mi hijo?
Recibirá un aviso por escrito de la CAO por correo antes de que finalice la cobertura de su hijo. La carta incluirá la fecha en que finalizará la cobertura de CHIP de su hijo y la razón por la que finalizará.

Los siguientes motivos provocarán la finalización de la cobertura del CHIP de su hijo:
- Su hijo ya no es elegible para el CHIP debido a que los ingresos de su familia son demasiado bajos. Si su hijo ya no es elegible para el CHIP debido a que los ingresos de su familia son demasiado bajos, la cobertura del CHIP de su hijo finalizará en la fecha de renovación. La CAO determinará si su hijo es elegible para recibir asistencia médica. Durante el período de revisión con asistencia médica, su hijo no tendrá una interrupción en la cobertura.
- Usted no responde a los avisos de renovación. Si no responde a ningún aviso de renovación, la cobertura de su hijo finalizará. Debe renovar la cobertura médica de sus hijos cada año; por lo tanto, si no responde, la cobertura terminará.
- No proporciona toda la información solicitada necesaria para que el Programa de asistencia del condado (CAP) complete el proceso de renovación. Debe proporcionar la información requerida que figura en su formulario de renovación; de lo contrario, la renovación no se podrá completar y la cobertura del CHIP de su hijo podría finalizar.
- Si usted es miembro del CHIP de costo total y su hijo está cubierto por una póliza de seguro de salud privado o asistencia médica. La cobertura del CHIP de su hijo terminará a partir del

primer día del mes en que se informó la otra cobertura. Su hijo no tendrá una interrupción en la cobertura. También recibirá un reembolso por las primas pagadas a Aetna Better Health Kids después de la fecha de finalización.
- Falta de pago de la prima del CHIP de costo total. Si su hijo está inscrito en los programas del CHIP de costo total y usted no paga la prima antes de la fecha de vencimiento, recibirá una carta 30 días antes de la fecha de finalización en la que se le informará que tiene 30 días para pagar la prima o la cobertura del CHIP de su hijo podría finalizar.
- Rescisión voluntaria. Puede finalizar la cobertura del CHIP de su hijo en cualquier momento llamando a Asistencia del Condado de PA al **1-800-692-7462** o utilizando el sitio web del COMPASS para encontrar la información de la oficina local de su condado.
- Su hijo cumple 19 años de edad. Un hijo es elegible para el CHIP hasta los 19 años de edad. La cobertura termina el último día del mes calendario cuando el hijo cumple 19 años.
- Su hijo se muda fuera del estado. El CHIP solo cubre a los residentes de Pensilvania. La cobertura de su hijo finalizará retroactivamente al primer día del mes inmediatamente posterior a su reubicación a otro estado.
- Su hijo es un recluso en una prisión o un paciente en una institución pública para trastornos mentales. La elegibilidad de su hijo será reevaluada si es un recluso en una prisión o un paciente en una institución pública para trastornos mentales. Una vez que su hijo ya no esté en prisión o en una institución psiquiátrica pública y cumpla con las otras calificaciones para la elegibilidad, volverá a ser elegible para el CHIP.
- Se proporcionó información incorrecta en el momento de la solicitud o renovación que habría provocado una determinación de inelegibilidad. Si determinamos que usted utilizó información incorrecta o fraudulenta al solicitar o renovar la cobertura del CHIP para su hijo, la cobertura de su hijo será finalizada.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad o si finaliza la cobertura del CHIP de mi hijo?
Si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad del CHIP, podrá apelar la decisión y solicitar una reconsideración a través del Departamento de Servicios Humanos. La información sobre la apelación se proporciona con cada aviso de elegibilidad que recibirá del Departamento de Servicios Humanos.

La Oficina del CHIP realiza esta revisión. Si solicita una revisión, se realizará con usted y un representante de la Oficina del CHIP. La Oficina del CHIP considerará la información que se utilizó para tomar la decisión de que su hijo no es elegible para el CHIP o de la decisión de finalizar la cobertura actual del CHIP de su hijo. Puede enviar información al oficial de revisión para explicar por qué cree que la decisión fue incorrecta. Puede elegir a otra persona para que sea su representante.

2. Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros
Como padre o tutor de un miembro del CHIP, usted tiene derecho a lo siguiente:
- Obtener información sobre los derechos y las responsabilidades de su hijo.
- Obtener información sobre todos los beneficios, servicios y programas que ofrece el CHIP, ofrecido por Aetna Better Health Kids.
- Conocer las políticas que pueden afectar la membresía de su hijo.
- Obtener información básica sobre médicos y otros proveedores que participan en Aetna Better Health Kids.

- Elegir de la red de proveedores participantes de Aetna Better Health Kids y rechazar la atención de médicos específicos.
- Solicitar que un especialista sea el proveedor de atención primaria de su hijo si este tiene determinadas necesidades médicas o diagnósticos especiales.
- Ser tratado con respeto y debida consideración hacia la dignidad y privacidad de su hijo.
- Esperar que la información que proporcione a Aetna Better Health Kids y cualquier asunto que usted o su hijo hablen con el médico se trate de manera confidencial y no se divulgue a otras personas sin su permiso.
- Hacer que todos los registros relacionados con la atención médica de su hijo se traten como confidenciales, a menos que compartirlos sea necesario para tomar decisiones de cobertura o que la ley lo exija.
- Ver los registros médicos de su hijo, a menos que el acceso esté específicamente restringido por motivos legales o por el médico tratante por razones médicas; guardar copias para usted, y solicitar que se hagan correcciones si es necesario.
- Obtener información clara y completa del médico de su hijo sobre la afección de salud y el tratamiento de su hijo, incluidas las opciones que tiene y los riesgos asociados.
- Obtener información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Participar en cualquier decisión que se tome sobre la salud de su hijo.
- Negarse a que su hijo reciba medicamentos, tratamientos u otros procedimientos de Aetna Better Health Kids u ofrecidos por sus proveedores en la medida en que lo permita la ley.
- Ser informado por un médico sobre lo que puede suceder si rechaza medicamentos, tratamientos o procedimientos.
- Negarse a permitir que su hijo participe en proyectos de investigación médica.
- Dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.
- Asegurarse de que su hijo reciba atención oportuna en caso de una emergencia.
- Cuestionar las decisiones tomadas por Aetna Better Health Kids o sus proveedores participantes y presentar un reclamo o una queja con respecto a cualquier necesidad médica o decisiones administrativas con las que no esté de acuerdo.
- Hacer recomendaciones sobre la política de “derechos y responsabilidades” de los miembros de Aetna Better Health Kids.
- Ejercer sus derechos sin afectar negativamente la forma en que Aetna Better Health Kids, sus proveedores y agencias estatales pueden tratarlo.

Responsabilidades de los miembros

Como padre o tutor de un miembro del CHIP, usted tiene el deber de hacer lo siguiente:

- Entender cómo funciona el CHIP, presentado por Aetna Better Health Kids, leyendo este manual y otra información disponible para usted.
- Seguir las pautas de este manual y de otra información disponible para usted y hacer preguntas sobre cómo acceder a los servicios de atención médica de manera adecuada.
- Informar a Aetna Better Health Kids y a los proveedores de su hijo sobre cualquier información que pueda afectar la membresía o el derecho a los beneficios del programa, incluidas otras pólizas de seguro de salud que cubran a su hijo.
- Proporcionar información médica actualizada a Aetna Better Health Kids y sus proveedores para que puedan brindarle a su hijo la atención adecuada.
- Asegurarse de que su proveedor de atención primaria tenga todos los registros médicos de su hijo, incluidos los de otros médicos.
- Comunicarse primero con el proveedor de atención primaria de su hijo para recibir toda la atención médica, excepto en el caso de una verdadera emergencia.
- Dar su consentimiento para el uso adecuado de la información de salud de su hijo.

- Tratar a los proveedores de su hijo con dignidad y respeto, lo que incluye llegar a tiempo a las citas y llamar con anticipación si necesita cancelar una cita.
- Proporcionar un entorno seguro para los servicios administrados en su hogar.
- Informarse sobre los problemas de salud de su hijo y trabajar con los proveedores para desarrollar un plan y objetivos de tratamiento mutuamente acordados en la medida de lo posible para la atención de su hijo.
- Seguir las instrucciones o pautas que le dé el proveedor, como tomar los medicamentos según las indicaciones y asistir a las citas de seguimiento.
- Asumir toda la responsabilidad de las consecuencias de su decisión de rechazar el tratamiento en nombre de su hijo.

3. Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo con cualquier pregunta sobre la cobertura de su hijo o la atención que recibe. Su tarjeta de identificación de miembro tiene el número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Para su comodidad, el Departamento de Servicios para Miembros está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

También puede visitar nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania** para obtener más información sobre los beneficios del CHIP de su hijo. También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids
PO Box 818047
Cleveland, OH 44181-8047

¿El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarme si hablo un idioma extranjero?
Sí. No importa el idioma que hable, podemos ayudarlo. Llámenos al **1-800-822-2447** e infórmenos qué idioma habla y que necesitará asistencia especial. También puede solicitar un manual para miembros u otra información de Aetna Better Health Kids impresa o en otro idioma o formato, sin costo. ¿A qué número debo llamar si tengo una discapacidad auditiva? Llame al **1-800-628-3323** si tiene una discapacidad auditiva y llama desde un teléfono de teletipo (TTY).

¿Cómo pueden ayudarme el Departamento de Servicios para Miembros si tengo problemas de la vista?
Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene problemas de la vista y desea solicitar un manual para miembros u otra información de Aetna Better Health Kids en un formato alternativo, como cinta de audio, braille o letra grande, sin costo.

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia linguística. También, están disponibles sin cargo ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindarle información en formatos accesibles. Llame al 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) o hable con su proveedor.

注意：如果您使用简体中文，您可以免费获得语言援助服务。您还可以免费获得以无障碍格式提供信息的适当辅助设备和服务。请致电 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) 或咨询您的医疗服务提供者。

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषा बोल्नुहुन्छ भने, नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) मा कल गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на языке, отличном от английского, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также доступны для вас бесплатно. Звоните по номеру 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة بالمجان. تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-385-4104. (TTY/PA RELAY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

ATANSYON: Si lang ou pale a se pa anglè li ye, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Èd ak sèvis konplemantè pou founi enfòmasyon nan yon fòma ki aksesib, disponib pou ou tou gratis. Rele 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 771) oswa pale ansanm avèk founisè ou an.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi số 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте мовою, відмінною від англійської, то вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби та послуги з надання інформації в доступних форматах також доступні для вас безкоштовно. Телефонуйте за номером 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) або зверніться до свого постачальника послуг.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
您還可以免費獲得以無障礙格式提供資訊的適當輔助設備和服務。請致電
1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) 或諮詢您的醫療服務提供者。

ATENÇÃO: se você fala um idioma diferente do inglês, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Auxílios e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) ou fale com seu provedor.

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। প্রবেশযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবাও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। অনুগ্রহ করে 1-800-385-4104 নম্বরে ফোন করুন (TTY/PA RELAY: 711) অথবা আপনার সেবা প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l’anglais, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Des aides et services complémentaires appropriés visant à fournir des informations dans des formats accessibles vous sont également proposés gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) ou adressez-vous à votre prestataire.

សូមចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស
សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ឧបករណ៍ជំនួយ
និងសេវាកម្មបន្ថែមដែលសមស្របសម្រាប់ផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទ្រង់ទ្រាយដែលអាចចូលដំណើរការបាន
ក៏មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4104
(TTY/PA RELAY: 711) ឬពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

주의: 영어가 아닌 다른 언어 사용자인 경우 무료 언어 지원 서비스를 사용할 수 있습니다.
접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다.
1-800-385- 4104 (TTY/PA RELAY: 711) 번으로 전화하거나 제공자에게
문의하십시오.

ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય
સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને
સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-800-385-4104 (TTY/PA RELAY: 711) પર
કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

4. Proveedor de atención primaria

¿Qué papel tiene un proveedor de atención primaria (PCP) en la atención médica de mi hijo?
El PCP es el médico de cabecera de su hijo. Los pediatras, los médicos internistas y los médicos de familia son ejemplos de diferentes tipos de PCP. Su hijo puede tener un especialista que actúe como su PCP si tiene necesidades especiales o determinados diagnósticos. Esto solo es posible si el especialista acepta actuar como PCP de su hijo y si Aetna Better Health Kids aprueba el acuerdo.

Un ejemplo de este caso sería una miembro embarazada que selecciona a un ginecólogo obstetra (OB-GYN) como su PCP.

Los PCP ofrecen exámenes de bienestar infantil y servicios preventivos. También atienden a su hijo cuando está enfermo. Los PCP ayudan a coordinar la atención si su hijo necesita hacer pruebas, ver a un especialista o ir al hospital.

El PCP de su hijo tendrá a una persona disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudar con la atención médica de su hijo.

Si su hijo requiere atención después del horario habitual de atención de su PCP, llame al PCP de su hijo. Su PCP u otro proveedor de atención médica le indicará a dónde llevar a su hijo para recibir atención si el problema no puede esperar hasta su horario de atención habitual.

¿Qué sucede si el PCP actual de mi hijo no es un proveedor participante?
Debe informarnos de inmediato si su hijo es un nuevo miembro de Aetna Better Health Kids y si actualmente está siendo atendido por un PCP que no pertenece a nuestra red. Con el fin de promover la continuidad de la atención, Aetna Better Health Kids permitirá que su hijo continúe viendo a ese proveedor por hasta 90 días si el proveedor está dispuesto a trabajar con Aetna Better Health Kids sin participar. Durante este tiempo, Aetna Better Health Kids lo ayudará a encontrar un PCP que pertenezca a nuestra red para que se encargue de la atención de su hijo.

En determinadas circunstancias, es posible que no podamos aceptar su solicitud de un determinado proveedor. Si un proveedor ha sido retirado de la red de Aetna Better Health Kids por problemas de calidad o si la agencia gubernamental federal o estatal decide que un proveedor no puede participar en un programa gubernamental, no podemos cubrir los servicios de ese proveedor.

¿Cómo selecciono al PCP de mi hijo?
Todos los niños inscritos deben tener un PCP. Puede utilizar la función de búsqueda de proveedores en nuestro sitio web para ayudarle a encontrar a un PCP participante. Si no tiene una computadora o acceso a Internet, llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Le ayudaremos a encontrar un médico. Tiene diez días calendario a partir de la recepción de su carta de aviso de inscripción para seleccionar un PCP. Le asignaremos un PCP a su hijo si usted no elige uno.

Si elige un PCP que aún no está atendiendo a su hijo, llame al PCP y asegúrese de que esté aceptando nuevos pacientes. Puede comunicarse con el PCP llamando al número de teléfono que figura en el directorio de proveedores. Si el PCP acepta tomar a su hijo como paciente, notifíquenoslo llamando al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Llámenos para obtener ayuda si tiene dificultades para encontrar un PCP que acepte nuevos pacientes.

¿Cómo cambio el PCP de mi hijo?
Puede elegir un nuevo PCP para su hijo en cualquier momento si sigue estos pasos:
- Seleccione su nuevo PCP de la lista de proveedores participantes en el directorio de proveedores que se encuentra en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**. El directorio de proveedores en línea enumera información de todos los proveedores de la red, incluidos nombres, direcciones, números de teléfono, especialidades y calificaciones, estado de certificación de la junta y más. También puede buscar a nuestros proveedores en el sitio web de **HealthGrades.com** para obtener más información, como la facultad de medicina a la que asistieron y la finalización de la residencia.
- Asegúrese de que el PCP acepte pacientes nuevos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** e infórmenos que quiere cambiar el PCP de su hijo.
- En la mayoría de los casos, el cambio entra en vigencia inmediatamente en el momento en que usted solicita el cambio y se establece la disponibilidad del proveedor para aceptar nuevos pacientes. Le informaremos la fecha en que su hijo puede comenzar a ver a su nuevo PCP. Es posible que su hijo no reciba servicios de su nuevo PCP hasta la fecha en que el cambio entre en vigencia oficialmente. Es posible que usted sea responsable de pagar las facturas por esos servicios si su hijo recibe los servicios del nuevo PCP antes de esa fecha. Su hijo recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación en la que figurará el nuevo PCP.

5. Proveedores especializados

Los especialistas tienen capacitación, educación y una certificación o licencia de la junta en un área especializada de atención médica. En general, un especialista no es su PCP, salvo que su hijo tenga necesidades especiales o determinados diagnósticos.

Si su PCP cree que su hijo tiene una enfermedad o afección que requiere los servicios de un especialista, lo remitirá a un proveedor especialista.

Asegúrese de que su especialista esté en nuestra red. Para averiguarlo, llame al consultorio del especialista y pregunte si participa en Aetna Better Health Kids.

¿Qué hago si creo que mi hijo necesita ver a un especialista?
Si cree que su hijo tiene una enfermedad o afección que necesita ser tratada por un especialista, debe hablar de esto con su PCP. Su PCP le ayudará a decidir qué tipo de especialista puede ayudar mejor a su hijo.

¿Cómo puedo encontrar un proveedor especializado dentro de la red?
Su PCP puede ayudarle a remitirlo a un especialista, usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** o usted puede consultar en línea el directorio de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**. Nuestro directorio de proveedores incluye una lista de todos los tipos de proveedores dentro de la red, así como sus nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas.

Puede solicitar ver a un especialista que no esté en nuestra red en los siguientes casos:
- Si determinamos que no tenemos un proveedor en nuestra red que pueda cubrir sus tratamientos necesarios de manera oportuna.
- Si solo tenemos un especialista de cierto tipo en nuestra red.

Todo lo que tiene que hacer es llamarnos para solicitar ver a un proveedor que no esté en nuestra red. El proveedor que no esté en nuestra red debe solicitar una autorización previa. Si rechazamos la solicitud para que consulte a un proveedor que no está en nuestra red, puede

presentar un reclamo o una queja. Cubriremos estos servicios fuera de la red mientras no podamos cubrir los servicios dentro de la red.

¿Qué sucede si el especialista actual de mi hijo es un proveedor no participante?
Si su hijo es un nuevo miembro de Aetna Better Health Kids y recibe tratamiento de un especialista que no está en nuestra red, debe notificarnos de inmediato. Con el fin de promover la continuidad de la atención, en la mayoría de los casos, permitiremos que su hijo siga viendo a ese proveedor por hasta 90 días. Para que esto suceda, debe ocurrir lo siguiente:

- Su hijo debe continuar activamente un tratamiento.
- El especialista debe estar dispuesto a trabajar con Aetna Better Health Kids de forma no participativa.
- Durante este tiempo, le ayudaremos a encontrar a un especialista que esté en nuestra red para que se encargue de la atención de su hijo.

¿Qué sucede si mi hija está embarazada y su OB-GYN actual no es un proveedor participante?
En la mayoría de los casos, su hija puede seguir recibiendo servicios de su OB-GYN actual durante todo el embarazo, en el momento del parto y para la atención posparto. Una miembro puede continuar con su proveedor actual si no está en nuestra red o puede seleccionar un nuevo proveedor de OB-GYN que participe en Aetna Better Health Kids. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de OB-GYN participante que acepte nuevos pacientes, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

¿Cómo puede mi hijo obtener una segunda opinión?
Su hijo puede obtener una segunda opinión sobre la necesidad médica de una cirugía o cualquier otro tratamiento médico recomendado. Si solo hay un especialista en nuestra red capacitado para brindar un servicio en particular, su PCP puede remitir a su hijo a un proveedor especializado fuera de la red para obtener una segunda opinión.

Su PCP deberá comunicarse con Aetna Better Health Kids para obtener una aprobación especial para que su hijo reciba servicios de un proveedor fuera de la red.

¿Puede un especialista actuar como PCP de mi hijo?
Los miembros con necesidades especiales o determinados diagnósticos pueden solicitar que un especialista adecuado dentro de la red sea su PCP. Esto solo es posible si el especialista acepta actuar como PCP de su hijo y si Aetna Better Health Kids aprueba el acuerdo. Por ejemplo, una miembro embarazada que selecciona a un OB-GYN como su PCP. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para determinar si su hijo es elegible para que un especialista sea su PCP. Tiene derecho a recibir algunos servicios sin solicitarlos a su PCP ni obtener una autorización previa. A esto se le llama acceso directo.

Los miembros tienen acceso directo y pueden autorremitirse a los proveedores de Aetna Better Health para los siguientes servicios cubiertos:

- Exámenes de la vista.
- Servicios dentales.
- Primera consulta con un quiropráctico (las otras consultas se deben autorizar). Hasta veinte (20) consultas por año.
- Primera consulta con un fisioterapeuta (las otras consultas se deben autorizar).
- Atención de emergencia.
- Atención preventiva y de rutina.

- Servicios de rehabilitación de salud mental y para los trastornos de abuso de sustancias para pacientes internados/externos (esto incluye el tratamiento en un entorno residencial). Los miembros de hasta 14 años pueden autorremitirse.
- Servicios de atención médica para mujeres, que incluyen lo siguiente:
  – Proveedores de servicios ginecológicos y obstétricos
  – Atención médica preventiva
  – Mamografías/exámenes de mamas
  – Pruebas de Papanicolaou (prueba de detección de cáncer de cuello de útero)
  – Servicios de planificación familiar de rutina (anticonceptivos)

¿Qué es la continuidad de la atención?
La continuidad de la atención se refiere a la relación continua y comprometida entre un miembro y su proveedor. Promover la continuidad de la atención permite que los proveedores actúen como asesores y defensores del paciente a medida que el miembro avanza a través de las diferentes etapas del sistema de atención médica.

¿De qué manera Aetna Better Health Kids promueve la continuidad de la atención para mi hijo?
Si su proveedor alguna vez abandona la red de Aetna Better Health Kids o si usted recibe tratamiento de un proveedor no participante cuando se inscribe en Aetna Better Health Kids, somos responsables de trabajar con usted para asegurarnos de que su hijo pueda seguir recibiendo la atención médica que necesita. En la mayoría de los casos, si un proveedor al que acude deja de participar en Aetna Better Health Kids, usted puede continuar un tratamiento en curso con ese proveedor durante un período de transición.

En la mayoría de los casos, un miembro nuevo también puede continuar un tratamiento con un proveedor no participante durante un período de transición. Esto incluye tanto al médico de atención primaria del miembro como a los especialistas que estén tratando activamente al miembro en el momento en que comience la cobertura del CHIP con Aetna Better Health Kids.

¿En qué circunstancias no se le permitiría a un proveedor brindar atención a mi hijo en virtud de la política de continuidad de la atención?
En determinadas circunstancias, es posible que Aetna Better Health Kids no cubra los servicios prestados por un proveedor determinado. Algunos ejemplos de estas situaciones incluyen, entre otros, los siguientes:
- Su proveedor actual se niega a aceptar el pago de Aetna Better Health Kids.
- Su proveedor actual ha sido excluido de la red de Aetna Better Health Kids por un motivo justificado.
- Su proveedor actual tiene prohibido recibir dinero de un programa financiado por el gobierno.

6. Estándares de citas

Aetna Better Health Kids debe tener una red con suficientes proveedores para garantizar que los inscritos tengan acceso oportuno a los servicios cubiertos.

Los proveedores de la red aceptan programar citas para los inscritos en Aetna Better Health Kids dentro de los plazos que se indican a continuación. Si un proveedor de la red le dice que debe esperar más de estos plazos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-8447 (TTY: 711)**.

Estándares de disponibilidad de citas

Afección	Miembro	Proveedor	Estándar
Emergencia	CHIP	PCP o especialista	Los miembros deben ser atendidos de inmediato o remitidos a un centro de emergencia.
Emergencia de salud conductual	CHIP	PCP o especialista	Debe ser atendido de inmediato o remitido a la sala de emergencias.
Afección médica urgente	CHIP	PCP o especialista	Las citas se deben programar en un plazo de 24 horas.
Salud conductual que no pone en peligro la vida	CHIP	PCP o especialista	Las citas se deben programar en un plazo de 6 horas.
Salud conductual urgente: Sin peligro inmediato	CHIP	PCP o especialista	Las citas se deben programar en un plazo de 48 horas.
De rutina (física y conductual del CHIP)	CHIP	PCP	Las citas se deben programar dentro de los 10 días hábiles, con un tiempo de espera inferior a 30 minutos.

Especialistas		Especialista: • Dentista pediátrico • Dermatología • Cirugía ortopédica • Otorrinolaringología • Alergia e inmunología pediátrica • Endocrinología pediátrica • Gastroenterología pediátrica • Cirugía general pediátrica • Hematología pediátrica • Enfermedad infecciosa pediátrica • Nefrología pediátrica • Neurología pediátrica • Oncología pediátrica • Neumología pediátrica • Medicina de rehabilitación pediátrica • Reumatología pediátrica • Urología pediátrica	Las citas se deben programar dentro de los 15 días hábiles.
Todas las demás especialidades de cirugía general pediátrica		Especialista	Las citas se deben programar dentro de los 10 días hábiles.
Evaluación de salud	CHIP	PCP	Las citas se deben programar dentro de las 3 semanas posteriores a la inscripción.
Examen físico general	CHIP	PCP	Las citas se deben programar dentro de las 3 semanas posteriores a la inscripción.
Primer examen físico	CHIP	PCP	Las citas se deben programar dentro de las 3 semanas posteriores a la inscripción.

Estándares de disponibilidad de citas (obstetricia)

Afección	Miembros	Tipos de proveedor	Estándares
Prenatal:			
	Consulta inicial en el primer trimestre	OB/GYN o enfermera partera certificada	Las citas se deben programar dentro de los 10 días hábiles posteriores a la identificación de la miembro como embarazada.
	Segundo trimestre	OB/GYN o enfermera partera certificada	Las citas se deben programar dentro de los 5 días hábiles posteriores a la identificación de la miembro como embarazada.
	Tercer trimestre	OB/GYN o enfermera partera certificada	Las citas se deben programar 4 días hábiles después de haber sido identificadas como embarazadas.
	Embarazo de alto riesgo	OB/GYN o enfermera partera certificada	Las citas se deben programar dentro de las 24 horas posteriores a la identificación como embarazadas o inmediatamente si existe una emergencia.

7. Atención de emergencia

¿Qué es una emergencia?
La definición de afección médica de emergencia es: "Una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de una gravedad tal (incluido dolor intenso) que una persona prudente, que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata provocara un peligro inmediato o la muerte".
En caso de emergencia, haga lo siguiente:
- Llame al **911** para obtener ayuda.
- Acuda a la sala de emergencias más cercana.
- Llame a una ambulancia para que lo lleve a la sala de emergencias.

Si siente que su vida o la de su hijo está en peligro o que su salud está en grave riesgo, debe buscar ayuda médica de inmediato. No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los ejemplos de afecciones de emergencia incluyen lo siguiente:
- Dolor agudo en el pecho.
- Una afección que ponga en peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto).
- Un grave deterioro de las funciones corporales.
- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo.
- Desmayo.
- Intoxicación.
- Sobredosis de medicamentos o drogas.
- Sangrado que no se detiene.
- Quemaduras graves.
- Huesos rotos.
- Ahogamiento.
- Peligro de perder una extremidad.

- Afección que pone en peligro la vida.
- Dificultad para respirar.
- Imposibilidad de moverse.
- Convulsiones.

Cómo recibir atención médica de emergencia
Recuerde que solo debe acudir a la sala de emergencias cuando tenga una emergencia. Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. No necesita aprobación previa para el transporte de emergencia en ambulancia o la atención de emergencia en el hospital. El hospital debe atenderlo si tiene una emergencia médica.

El transporte de emergencia está cubierto en caso de emergencia. Llame a una ambulancia o al 911 para recibir ayuda.

Una vez que esté en el hospital, recuerde que puede rechazar el tratamiento. También puede pedir otro hospital o negarse a ir a otro hospital.

No utilice la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento. En su lugar, llame a su PCP para recibir atención de seguimiento. Solo regrese a la sala de emergencia si su PCP se lo indica. Es posible que no cubramos la atención de seguimiento en la sala de emergencias. Es posible que reciba una factura.

¿Qué es la atención de urgencia?
La definición de afección médica de urgencia es: "Cualquier enfermedad, lesión o afección grave que, según los estándares razonables de la práctica médica, se diagnosticaría y trataría dentro de un período de veinticuatro (24) horas y, si no se trata, podría convertirse rápidamente en una crisis o afección médica de emergencia". Llame a su PCP si su hijo tiene alguno de los siguientes problemas:
- Dolores de garganta
- Resfriados
- Vómitos
- Sarpullidos
- Moretones
- Esguinces
- Diarrea
- Dolores de oído
- Dolores de estómago (no suelen ser de emergencia).

¿Qué es un centro de atención de urgencia?
Los centros de atención de urgencia son centros que brindan atención médica básica para pacientes sin cita previa con enfermedades o lesiones que no requieren atención de emergencia, como esguinces o cortes que requieren puntos de sutura. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si necesita encontrar un centro de atención de urgencia participante en su área de servicio o puede hacer clic en **https://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania/find-provider** para encontrar un proveedor.

Si se encuentra fuera del área de servicio y su hijo necesita atención de urgencia, para estar cubierto, la atención debe ser en respuesta a una afección o lesión repentina e inesperada que necesite atención y no pueda esperar hasta que regrese al área de servicio.

Atención después del horario de atención (no de emergencia)
Llame a su PCP si no necesita atención de emergencia. Su PCP o un proveedor de guardia está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los profesionales de salud de guardia, como residentes médicos, profesionales en enfermería y auxiliares médicos, pueden ayudarlo a brindarle la atención y el tratamiento que necesite. Su médico o profesional de la salud de guardia le indicará qué hacer.

También tiene acceso a una opción virtual para sus necesidades de atención de urgencia. Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para obtener más información.

8. Proveedores fuera de la red

¿Qué es un proveedor fuera de la red?
Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no tiene un acuerdo o contrato con Aetna Better Health Kids. Para ver una lista actualizada de proveedores de la red de Aetna Better Health Kids, visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**.

¿Qué es un centro fuera de la red?
Un centro fuera de la red es un hospital o un centro de pruebas de diagnóstico que no tiene un acuerdo o contrato con Aetna Better Health Kids.

¿Cómo puede mi hijo acceder a los servicios fuera de la red?
Si es médicamente necesario, el PCP puede solicitar que su hijo reciba servicios de un proveedor o centro que no forme parte de la red de Aetna Better Health Kids. Si estos servicios están disponibles a través de proveedores dentro de la red, su hijo deberá recibir servicios de un proveedor o centro contratado. A menos que obtenga una autorización previa, usted puede ser responsable del pago de cualquier servicio fuera de la red que reciba su hijo.

¿Cómo se pagan las reclamaciones por servicios fuera de la red?
En caso de una emergencia, usted puede consultar con cualquier proveedor de Medicaid. Puede consultar con un proveedor fuera de nuestra red solo si se cumplen las siguientes condiciones:
- Necesita la atención.
- No hay proveedores de Aetna Better Health Kids que brinden la atención de manera oportuna.
- Aetna Better Health Kids ha aprobado la atención en casos que no son de emergencia.

Si su PCP desea que usted consulte con un proveedor que no está en la red de proveedores de Aetna Better Health Kids, deberá enviarnos una solicitud por escrito. Tenemos el derecho de elegir dónde puede recibir los servicios cuando no hay un proveedor de Aetna Better Health Kids disponible para brindarle la atención que necesita. El proveedor que no pertenece a nuestra red que planea brindarle la atención deberá solicitar autorización previa para brindar los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta.

9. Sus costos por los servicios cubiertos

El tamaño y los ingresos de su familia determinan qué opción de cobertura del Programa de seguro de salud para niños (CHIP) está disponible para su hijo. Es posible que pueda obtener cobertura gratuita del CHIP, cobertura de bajo costo o cobertura de costo total. Dependiendo del

tipo de cobertura de su hijo, es posible que deba pagar determinados gastos de bolsillo para que su hijo reciba servicios.

¿Qué son las primas y cuándo las pago?
Las primas son los pagos mensuales programados regularmente que usted paga a Aetna Better Health Kids por la cobertura del CHIP. **No hay primas para los miembros con cobertura gratuita del CHIP.** Si su hijo tiene el CHIP de bajo costo o de costo total, recibirá una factura mensual por la cobertura del mes siguiente (por ejemplo, recibiría una factura en abril por la cobertura de mayo). Puede pagar su prima de varias maneras. Puede pagar en tiendas minoristas locales, como CVS Pharmacy, Walgreens y Family Dollar, escaneando el código de barras que se encuentra en la parte inferior de su factura. Puede pagar por correo con un cheque o giro postal enviando su pago a la siguiente dirección:
Aetna Better Health® Kids
PO Box 785656
Philadelphia, PA 19178-5656

Puede pagar en línea con tarjeta de crédito o débito accediendo al sistema de pago de Aetna en este enlace: **https://secure.directbiller.com/db-payer-ui/#/login**, o puede llamar al **1-877-222-2004** y pagar por teléfono. Asegúrese de tener a mano su identificación de miembro y número de factura cuando llame. Para obtener más información, visite nuestra página sobre cómo funcionan los costos del CHIP en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania/members/chip/costs**.

Si el monto de una prima cambia durante el año de beneficios, Aetna Better Health Kids le enviará un aviso con el cambio, y el cambio entrará en vigencia a partir de la notificación de la Oficina del CHIP.

¿Qué son los copagos y cuándo los pago?
Los copagos son gastos de bolsillo que usted debe pagar en el momento del servicio si su hijo tiene el CHIP de bajo costo o de costo total. No se aplican copagos a los miembros con cobertura gratuita del CHIP. Usted paga los copagos al proveedor en el momento de la cita o cuando recibe los servicios. Usted debe pagar el copago cada vez que su hijo reciba un servicio de un proveedor si el servicio requiere un copago. Los copagos se pueden encontrar en el Resumen de beneficios, a partir de la página 22 de este manual.

No se aplican copagos para los siguientes servicios:
- Consultas preventivas o de bienestar infantil. Una consulta preventiva es aquella en la que su hijo recibe un servicio para prevenir una enfermedad o afección futura.
- Servicios dentales y de la vista preventivos o de diagnóstico de rutina.
- Medicamentos preventivos: Los anticonceptivos, los suplementos de hierro, el fluoruro de sodio, los suplementos de ácido fólico, las vitaminas, la aspirina, los productos para dejar de fumar, los suplementos de vitamina D, los medicamentos de profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP), el tamoxifeno y el raloxifeno se consideran medicamentos preventivos y están cubiertos sin costo para usted cuando se surten en una farmacia participante con una receta válida y cuando se cumplen determinados criterios.

¿Cuándo me puede facturar un proveedor?
Los proveedores participantes no pueden facturar a los miembros, excepto en determinadas circunstancias. Sin embargo, hay ciertas situaciones en las que puede recibir una factura de un proveedor y ser responsable de pagarla. Estas situaciones incluyen las siguientes:
- Si su hijo supera el límite de beneficios de un servicio.
- Si su hijo recibe un servicio médico que no es un beneficio cubierto.

- Si su hijo recibe un servicio cubierto de un proveedor de atención médica que no es un proveedor participante de Aetna Better Health Kids, sin antes recibir autorización previa.
- Si su hijo recibe servicios que no son médicamente necesarios.
- Si no pagó su copago.

Los proveedores participantes no pueden facturar a los miembros servicios que superen la tarifa de reembolso acordada por Aetna Better Health Kids. Esto significa que, salvo en las circunstancias anteriores, no debería recibir una factura de un proveedor participante. Si recibe una factura de un proveedor participante, llámenos de inmediato al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para que podamos resolver la situación lo antes posible.

10. Coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios es una disposición que pretende ayudar a las compañías de seguros a evitar la duplicación de reclamaciones y los retrasos en los pagos. A menudo se usa en casos en los que dos o más compañías de seguros separadas están involucradas en el pago de los servicios. Evita problemas de pago de reclamaciones al establecer el orden en que las compañías de seguros pagan las reclamaciones y al proporcionar la autoridad para la transferencia ordenada de la información necesaria para pagar las reclamaciones correctamente.

Los miembros del CHIP no pueden tener ninguna otra cobertura de seguro médico además del CHIP. En ocasiones, algunas de las facturas de atención médica de su hijo pueden estar cubiertas por una póliza diferente a la del CHIP. Un ejemplo de esto es si su hijo tiene un accidente automovilístico. La póliza de seguro de automóvil puede cubrir parte del costo de la atención médica.

Si otro plan de seguro o acuerdo de programa proporciona alguno de los beneficios a los que su hijo tiene derecho, el seguro del CHIP de su hijo debe facturarse como parte de dicha cobertura adicional.

Si tiene preguntas sobre la coordinación de beneficios, llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

11. Subrogación

La subrogación es el proceso de buscar la recuperación de los gastos de atención médica de otras partes que pueden ser responsables de una lesión. El proceso ahorra dinero en atención médica al asegurarse de que la parte responsable o su aseguradora paguen los gastos.

Por ejemplo, cuando se produce una lesión debido a un accidente en el que alguien que no sea su hijo tiene la culpa, la compañía de seguros de la otra persona puede ser responsable del pago del tratamiento médico de su hijo. En esos casos, es posible que tengamos derecho a recuperar de la otra aseguradora los pagos por los servicios que le brindó a su hijo. Si recibe dinero de una demanda, un acuerdo o de otro tercero o su aseguradora, es posible que sea responsable, en la medida en que lo permita la ley, de reembolsar a Aetna Better Health Kids los gastos pagados en relación con la lesión.

Si tiene preguntas sobre la subrogación, llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

12. Resumen de beneficios

Beneficios médicos	Límites	Montos de copago		
		Gratis	Bajo costo	Costo total
Servicios relacionados con el trastorno del espectro autista.	Ninguno.	$0	Los copagos se basan en el tipo de servicio que recibe el miembro.	
Servicios de diagnóstico	Ninguno.	$0	$0	$0
Equipo médico duradero	Ninguno.	$0	$0	$0
Servicios de emergencia	Ninguno.	$0	$25	$50
Transporte de emergencia	El transporte fuera del área de servicio solo estará cubierto si es médicamente necesario.	$0	$0	$0
Servicios de planificación familiar: OB-GYN.	Ninguno.	$0	$10	$25
Servicios de planificación familiar: PCP.	Ninguno.	$0	$5	$15
Servicios de transición de género cuando sean médicamente necesarios (p. ej., servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes internados y externos, servicios quirúrgicos, medicamentos con receta, terapias, etc.).	Ninguno. La necesidad médica se determinará en función del estándar de atención de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH).	$0	Es posible que se apliquen copagos a los medicamentos y las consultas en el consultorio del médico.	
Servicios de atención auditiva.	Un examen auditivo de rutina por año. Un audífono o dispositivo por oído, por año.	$0	Se aplica un copago de $10 cuando los servicios son prestados por un proveedor especialista.	Se aplica un copago de $25 cuando los servicios son prestados por un proveedor especialista.
Servicios de salud a domicilio	Ninguno.	$0	$0	$0
Servicios de hospicio	Ninguno.	$0	$0	$0
Internaciones en hospitales y centros de atención de enfermería especializada.	Ninguno.	$0	$0	$0
Estancias de rehabilitación para pacientes internados.	Ninguno.	$0	$0	$0

Beneficios médicos	Límites	Montos de copago		
		Gratis	Bajo costo	Costo total
Servicios de atención de maternidad	Ninguno.	$0	$0	$0
Alimentos médicos	Ninguno.	$0	$0	$0
Cirugía bucal	Ninguno.	$0	$10	$25
Servicios de tratamiento médico para pacientes externos (quimioterapia, diálisis, radioterapia y terapia respiratoria).	Ninguno.	$0	$0	$0
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla).	30 consultas por terapia por año de beneficios.	$0	$10	$25
Servicios quirúrgicos para pacientes externos.	Ninguno.	$0	$0	$0
Consultas en el consultorio del PCP.	Ninguno. *No se requiere copago para el examen anual.	$0	$5*	$15*
Consultas a especialista en el consultorio.	Ninguno.	$0	$10	$25
Servicios de atención de urgencia	Ninguno.	$0	$25	$25
Servicios de salud de la mujer: OB-GYN.	Un examen ginecológico anual y servicios asociados por año de beneficios. *No se requiere copago para el examen anual.	$0	$10*	$25*
Servicios de salud de la mujer*: PCP.	Un examen ginecológico anual y servicios asociados por año de beneficios. *No se requiere copago para el examen anual.	$0	$5*	$15*
Medicamento de marca.	Límites definidos en el formulario.	$0	$9	$18
Medicamento genérico.	Límites definidos en el formulario.	$0	$6	$10

Beneficios médicos	Límites	Montos de copago		
		Gratis	Bajo costo	Costo total
Determinados medicamentos preventivos (anticonceptivos, suplementos de hierro, fluoruro de sodio, suplementos de ácido fólico, vitaminas, aspirina, productos para dejar de fumar, suplementos de vitamina D, medicamentos de profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP), tamoxifeno y raloxifeno).	Límites definidos en el formulario.	$0	$0	$0

13. Beneficios médicos

En esta sección se enumeran los servicios médicos cubiertos por el seguro del CHIP de su hijo. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios de esta sección se enumeran en orden alfabético. Debajo de cada lista de servicios cubiertos, encontrará una breve descripción del beneficio proporcionado y de los límites o las restricciones que pueden aplicarse. Nos reservamos el derecho de restringir la cobertura de beneficios de la compra de equipos médicos a determinados fabricantes y tipos de productos específicos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para obtener más información sobre las restricciones en la compra de equipos médicos.

Excepto en circunstancias muy específicas, como en el caso de una emergencia, todos los servicios descritos en esta sección están cubiertos solo si los proporciona un proveedor participante. Excepto en el caso de una emergencia, se debe obtener una autorización previa de Aetna Better Health Kids u otra documentación o certificación especializada requerida para un beneficio en particular, antes de que su hijo reciba el servicio para que la reclamación esté cubierta.

Solo cubrimos servicios hasta los límites de beneficios especificados. Una vez que su hijo haya alcanzado el límite de beneficios disponibles, deberá dejar de recibir esos servicios en particular o usted será responsable de pagar los servicios directamente.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta sobre los beneficios médicos de su hijo. Su representante del Departamento de Servicios para Miembros puede informarle si un servicio en particular está cubierto, si hay algún límite de beneficios, a qué proveedores puede acudir su hijo para recibir un servicio y qué es posible que usted deba pagar de su bolsillo por un servicio. Su representante del Departamento de Servicios para Miembros también puede informarle cuánto dinero o cuántas consultas le quedan para cualquier servicio.

Trastorno del espectro autista y servicios relacionados
De acuerdo con la Ley de Seguro para el Autismo de Pensilvania (Ley 62), se cubren los siguientes servicios, cuando sean médicamente necesarios para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista:

- Cobertura de medicamentos con receta, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), las vitaminas y la aspirina

- Servicios de un psiquiatra o psicólogo
- Atención terapéutica y de rehabilitación

Límites de beneficios: Ninguno. La cobertura de esta sección está sujeta a los copagos que se identifican en otra parte de este manual.

El tratamiento de los trastornos del espectro autista debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser médicamente necesario y recetado por un médico u otro profesional de salud certificado de forma independiente con autoridad para emitir recetas.
- Debe ser identificado en un plan de tratamiento.
- Debe ser proporcionado por un médico con licencia, un auxiliar médico con licencia, un psicólogo con licencia, un trabajador social clínico con licencia, un especialista en conducta con licencia (una persona con licencia en Pensilvania para proporcionar análisis conductual aplicado) o un profesional en enfermería certificado.
- Debe ser proporcionado por un proveedor de servicios para el autismo o una persona, entidad o grupo que trabaje bajo la supervisión de un proveedor de servicios para el autismo.

La Ley 62 del código de Pensilvania requiere que las compañías de seguros privadas permitan procesos de revisión internos y externos acelerados para revisar las quejas de un niño al que se le ha denegado total o parcialmente la cobertura para el tratamiento del trastorno del espectro autista. Puede iniciar este proceso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos de los profesionales que tratan a su hijo para respaldar su solicitud de cobertura del servicio.

Si tiene más preguntas sobre los beneficios para el trastorno del espectro autista o necesita ayuda para encontrar proveedores participantes que traten el trastorno del espectro autista en su área, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. También puede visitar el sitio web de la Oficina de Autismo del Departamento de Servicios Humanos en **www.autisminpa.org** para obtener más información sobre el trastorno del espectro autista y la Ley 62.

Servicios para la diabetes[1]

El tratamiento, el equipo, los medicamentos y los suministros para la diabetes médicamente necesarios son los siguientes:

- Equipo médico para diabéticos, suministros de control y medicamentos con receta
- Capacitación y educación para pacientes externos con diabetes
- Exámenes de la vista para diabéticos
- Pruebas de detección de laboratorio
- Atención de rutina del pie diabético y dispositivos ortésicos
- Programa de control de enfermedades de la diabetes de Aetna Better Health Kids
- Puede comunicarse con Coordinación y administración de la atención de la Unidad mejorada del Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-346-9828**.

Límites de beneficios: El pago está limitado a un examen de la vista de rutina para diabéticos por año de beneficios. Las baterías para equipos médicos para diabéticos no están cubiertas. Los servicios mencionados anteriormente están sujetos a los mismos límites de beneficios que se indican en otras partes de este manual.

[1] Para brindarle la mejor atención posible, si su hijo tiene un diagnóstico de diabetes, debe comunicarse con la Unidad mejorada del Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-346-9828** y solicitar que su hijo se inscriba en el Programa de control de enfermedades de la diabetes de Aetna Better Health Kids.

Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiología
Pruebas, servicios y materiales de diagnóstico médicamente necesarios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en entornos para pacientes internados y para pacientes externos. Límites de beneficios: Determinados servicios pueden requerir una autorización previa para estar cubiertos.

Equipo médico duradero
La cobertura de equipo médico duradero (DME) médicamente necesario se aplica a los equipos diseñados para servir a un propósito médico, como los siguientes:

- Equipos usados por personas que tienen una enfermedad o una lesión.
- Equipos que pueden soportar el uso repetido.
- Equipos que no son desechables ni para uso de un solo paciente.
- Equipos que son necesarios para su uso en el hogar o en el entorno escolar. Este beneficio cubre el costo del alquiler del DME (o la compra si la compra es menos costosa que alquilar el DME durante un período prolongado), la entrega y la instalación.

Solo cubrimos la reparación o el reemplazo del DME según sea necesario con el desgaste normal, cuando sea médicamente necesario.

El DME puede requerir una autorización previa. Cualquier solicitud de DME de más de $500 puede requerir la revisión de nuestro director médico.

Servicios de atención de emergencia
Estos servicios se describen en la sección de atención de emergencia de este manual (consulte la sección VI).

Límites de beneficios: Ninguno.

Servicios de transporte de emergencia
Los servicios de transporte en ambulancia terrestre, aérea o acuática están cubiertos solo cuando son médicamente necesarios. Los servicios se deben prestar en las siguientes situaciones:

- En respuesta a una emergencia.
- Con el fin de transportar a un miembro que sea un paciente internado entre centros.

Cuando un miembro que no puede salir de su casa recibe el alta del hospital y por razones médicas no puede ser trasladado por otros medios.

Servicios de planificación familiar
Los servicios de planificación familiar cubren los servicios profesionales prestados por el PCP o el proveedor de OB-GYN de su hijo en relación con la prescripción, el ajuste o la colocación de un anticonceptivo. Esto incluye métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidos los dispositivos anticonceptivos, los anticonceptivos inyectables, los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes, los procedimientos de esterilización voluntaria y la educación y el asesoramiento para el paciente, sin incluir los medicamentos abortivos, sin costo compartido para el miembro. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta emitido con el plan.

Límites de beneficios: Ninguno.

Servicios de transición de género
El Programa CHIP y Aetna Better Health Kids cubren los servicios de transición de género, como los servicios médicos, los servicios hospitalarios para pacientes internados y externos, los servicios quirúrgicos, los medicamentos con receta, los tratamientos, etc., cuando se consideran médicamente necesarios* y adecuados.

Límites de beneficios: Ninguno. *La necesidad médica se determinará en función del estándar de atención de la WPATH.

Servicios de habilitación
Servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria. Un ejemplo puede ser el tratamiento para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidad en diversos entornos para pacientes externos. Los servicios cubiertos se limitan a 30 consultas por año de beneficios para fisioterapia, 30 consultas por año de beneficios para terapia ocupacional y 30 consultas por año de beneficios para terapia del habla, para un límite combinado de consultas de 90 días por año de beneficios. Los límites de consultas en virtud de este beneficio se combinan con los límites de consultas descritos en la sección de tratamiento de rehabilitación para pacientes externos.

Los servicios cubiertos también incluyen el tratamiento para pacientes internados de hasta 45 consultas por año calendario para el tratamiento de accidentes vasculares cerebrales (CVA), lesiones en la cabeza, lesiones de la médula espinal o según sea necesario como resultado de una cirugía cerebral posoperatoria.

Servicios de atención auditiva
El PCP de su hijo debe proporcionar exámenes auditivos preventivos y de rutina. Si su PCP recomienda que su hijo haga que un especialista le realice una audiometría, no se necesita una remisión para ver a un audiólogo u otorrinolaringólogo si acude a un proveedor que participe en la red de Aetna Better Health Kids. Si es médicamente necesario, los audífonos y dispositivos, así como la colocación y el ajuste de estos dispositivos, están cubiertos.

Límites de beneficios: Un examen auditivo de rutina y una audiometría cada 12 meses. Un audífono o dispositivo por año, cada 12 meses. Las baterías no están cubiertas. No se aplican límites de dinero.

Servicios de atención médica a domicilio
La atención médica a domicilio solo está cubierta si su hijo no puede salir de su casa. Se considera que su hijo no puede salir de su casa cuando su afección médica le impide salir de la casa sin hacer un gran esfuerzo. Los servicios de atención médica a domicilio incluyen los servicios médicamente necesarios, como los siguientes:

- Servicios médicos
- Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
- Suministros y equipos médicos y quirúrgicos, incluido el oxígeno.
- Tratamiento de infusión en el hogar (no incluye sangre ni productos sanguíneos).

Límites de beneficios: Los servicios de salud en el hogar pueden requerir una autorización previa de Aetna Better Health Kids. No hay copagos ni limitaciones.

Servicios de hospicio
El hospicio es un tipo especial de atención que está disponible para los miembros que tienen una enfermedad terminal. Esta atención será simultánea con la atención relacionada con el tratamiento de la afección para la que se realizó el diagnóstico de enfermedad terminal. Los miembros que reciben servicios de hospicio y de cuidados paliativos también pueden recibir los servicios cubiertos de Aetna Better Health Kids para otras enfermedades o afecciones.

Los servicios de hospicio deben contar con una autorización previa de Aetna Better Health Kids y requieren una certificación de un médico que indique que el miembro tiene una enfermedad terminal. Aetna Better Health Kids debe recibir una solicitud por escrito de los servicios de hospicio por parte del miembro si es mayor de edad o del tutor legal del hijo miembro.

Servicios hospitalarios: Servicios para pacientes internados, pacientes externos y de centro quirúrgico ambulatorio
Los beneficios hospitalarios pueden ser proporcionados por un centro participante, ya sea para pacientes internados o externos, y deben ser médicamente necesarios. Estos servicios pueden prestarse en centros participantes, como un hospital de cuidados agudos, un centro de atención de enfermería especializada o un centro quirúrgico ambulatorio.

Los beneficios para pacientes internados por hospitalizaciones médicas y de salud conductual, rehabilitación hospitalaria relacionada con la salud y servicios de enfermería especializada no están limitados.

El tratamiento de rehabilitación relacionado con la medicina para pacientes internados no está limitado.

Los servicios de salud física para pacientes externos relacionados con cirugía ambulatoria, hospitalización para pacientes internados, consultas en el consultorio de un especialista y citas de seguimiento o consultas por enfermedad con el PCP de un miembro no están limitados. Límites de beneficios: Los servicios relacionados con la hospitalización pueden requerir una autorización previa, excepto en el caso de una emergencia.

Servicios de cirugía reconstructiva de mastectomía y cáncer de mama
Se proporcionan beneficios para una mastectomía realizada como paciente internada o externa, así como para lo siguiente:

- Cirugía para restablecer la simetría o aliviar el deterioro funcional, que incluye, entre otros, el aumento, la mamoplastia, la mamoplastia de reducción y mastopexia, la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Cobertura de los dispositivos protésicos iniciales y posteriores para reemplazar la mama o las partes extirpadas, como consecuencia de una mastectomía.
- Complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, lo que incluye los linfedemas.
- También se brinda cobertura para una consulta de atención médica a domicilio, según lo determine el médico de la miembro, recibida dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.

Límites de beneficios: Los servicios de mastectomía pueden requerir autorización previa.

Servicios de maternidad
Una miembro puede seleccionar un proveedor participante para recibir servicios de maternidad y ginecología sin una remisión o autorización previa. Excepto en el caso de una emergencia o de acuerdo con la política de continuidad de la atención, los proveedores participantes deben

brindar servicios de maternidad en los centros participantes. Entre los proveedores de servicios de atención de maternidad, se pueden incluir los siguientes:

- Médicos.
- Profesionales en enfermería.
- Enfermeras parteras certificadas.
- Los centros pueden incluir tanto hospitales de cuidados agudos como centros de maternidad independientes.

Están cubiertos los servicios de atención hospitalaria y médica relacionados con la atención antes del parto, durante el parto y posparto, incluidas las complicaciones ocasionadas por el embarazo o el parto de la miembro. Si la elegibilidad de la miembro cambia cuando se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo, es posible que permanezca con el mismo médico o profesional durante la etapa de posparto.

Según la ley federal, los planes de salud y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden restringir los beneficios por la duración de la hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor pueden pagar una estadía más breve si el proveedor tratante (p. ej., el médico, la enfermera partera o el auxiliar médico), después de consultar con la madre, da el alta a la madre o al recién nacido antes.

Las miembros también pueden recibir una consulta de atención médica a domicilio después de recibir el alta para recibir atención de maternidad si la miembro recibe el alta antes de las 48 horas, para un parto normal, o antes de las 96 horas, para un parto por cesárea, en consulta con la madre y el proveedor, o en el caso de un recién nacido, en consulta con la madre o el representante autorizado del recién nacido. Las consultas médicas en el hogar incluyen, entre otras cosas, lo siguiente: la educación para padres, la asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón, pruebas clínicas y de detección para bebés, así como la realización de las evaluaciones físicas maternas y neonatales necesarias. Un proveedor de atención médica con licencia cuyo alcance de práctica incluya la atención posparto debe realizar estas consultas de atención médica a domicilio. A criterio exclusivo de la madre, la consulta de atención médica a domicilio se puede hacer en el centro del proveedor. Las consultas de atención médica a domicilio después de una internación para servicios de maternidad no están sujetas a copagos, deducibles ni coseguros, si estos se aplican a esta cobertura.

Si una miembro embarazada se inscribe en Aetna Better Health en su segundo o tercer trimestre y su proveedor está fuera de la red, es posible que continúe viendo a ese proveedor durante el embarazo y el período de posparto.

Del mismo modo, si finalizamos nuestro contrato con el médico de una miembro embarazada y ella se encuentra en su segundo o tercer trimestre, puede seguir viendo a ese proveedor durante el embarazo y el período de posparto.

Límites de beneficios: El parto en un centro fuera del área de servicio solo estará cubierto en caso de emergencia.

Alimentos médicos

Los alimentos médicos, como la alimentación enteral y los suplementos especialmente formulados, están cubiertos solo para el tratamiento terapéutico médicamente necesario de determinados trastornos genéticos. Este beneficio no pretende ser para productos alimenticios de consumo habitual utilizados en el tratamiento dietético de trastornos metabólicos genéticos poco frecuentes. Los alimentos médicos requieren autorización previa y deben ser recetados

por un médico o profesional en enfermería. Los tipos especiales de fórmulas infantiles no son alimentos médicos y no están cubiertos.

Límites de beneficios: Ninguno

Cobertura para recién nacidos de miembros del CHIP
Este beneficio se aplica a los hijos recién nacidos de los miembros del CHIP que están cubiertos desde el momento del nacimiento durante los primeros 31 días de vida. Puede acceder a estos servicios utilizando la tarjeta de identificación del CHIP del miembro. Para garantizar que el recién nacido no tenga una interrupción en el acceso a la atención médica después de los primeros 31 días, el miembro debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** inmediatamente después del nacimiento para iniciar el proceso de obtención de la cobertura de atención médica para el recién nacido.

Límites de beneficios: Este servicio finaliza después de que el bebé del miembro del CHIP cumple 31 días de edad. Los miembros con hijos recién nacidos deben seguir las pautas establecidas en este manual para tener acceso a sus beneficios. Si tiene preguntas sobre los beneficios de atención del recién nacido o la forma de acceder a ellos, o si necesita ayuda para solicitar la cobertura para su recién nacido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios de cirugía bucal
Los servicios de cirugía bucal se pueden realizar en un entorno para pacientes internados o externos, dependiendo de la naturaleza del procedimiento, y requieren autorización previa. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Extracción de terceros molares (muelas de juicio) parcial o totalmente impactados en el hueso
- Síndrome del biberón (caries dentales en la primera infancia)
- Cirugía para corregir la dislocación o la degeneración completa de la articulación temporomandibular
- Tratamientos no dentales de la boca relacionados con afecciones médicas, como las siguientes:
  – Defectos congénitos
  – Anomalías congénitas
  – Extirpación quirúrgica de tumores

Límites de beneficios: Ninguno

Nos reservamos el derecho de determinar, en función de la necesidad médica, qué centro es el más adecuado para los servicios de cirugía bucal que se prestan. La cobertura de anestesia varía según el procedimiento y el tipo de centro donde se brinda el servicio. Todos los servicios relacionados con la cirugía bucal requieren autorización previa.

Dispositivos ortésicos
Los dispositivos ortopédicos son aparatos rígidos que se utilizan para sostener, alinear o corregir lesiones o deformidades óseas y musculares. Este beneficio cubre la compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos ortopédicos cubiertos. También cubre la reparación requerida debido al desgaste normal del dispositivo.

El reemplazo de un dispositivo ortopédico solo está cubierto cuando se considera médicamente necesario.

Límite del beneficio: Ninguno

Suministros para ostomía
Los suministros para ostomía son suministros médicos necesarios para la atención y el drenaje de un estoma.

Límite del beneficio: Ninguno

Servicios de tratamiento médico para pacientes externos
Este beneficio proporciona a los miembros una cantidad ilimitada de consultas para pacientes externos médicamente necesarias para los siguientes servicios:

- Tratamiento de diálisis
- Quimioterapia para el cáncer y tratamientos hormonales
- Terapia respiratoria
- Radioterapia

Límites de beneficios: Puede requerir autorización previa. El miembro debe tener un diagnóstico documentado que indique que el tratamiento recetado es una necesidad médica.

Servicios de tratamiento de rehabilitación para pacientes externos
Este beneficio proporciona a los miembros los siguientes servicios de rehabilitación médicamente necesarios:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla

Límites de beneficios: La cobertura se limita a 30 días de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, con un límite total combinado de 90 días de terapia para pacientes externos.

Aetna Better Health revisa periódicamente los servicios cubiertos de atención primaria y preventiva según las recomendaciones de organizaciones, como la Academia Estadounidense de Pediatría, el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana Contra el Cáncer, la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) (se incluyen todos los productos o servicios con una calificación de A o B en las recomendaciones actuales). Algunos ejemplos de recomendaciones con calificación A del “USPSTF” que están cubiertas son la administración de suplementos de ácido fólico, la prueba de detección de la infección por clamidia para mujeres que no están embarazadas y el asesoramiento y las intervenciones sobre el consumo de tabaco. Ejemplos de recomendaciones con calificación B del “USPSTF” que están cubiertas son la prevención de caries dentales para niños en edad preescolar, el asesoramiento sobre una dieta saludable, los suplementos/enjuagues orales con flúor y vitaminas, la evaluación del riesgo del gen de susceptibilidad al cáncer de mama (BRCA) y el asesoramiento y las pruebas genéticas, la vitamina D recetada, los suplementos de hierro recetados, los suplementos minerales, las pruebas de detección de infecciones por clamidia para mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual. Algunos ejemplos de beneficios cubiertos requeridos por la HRSA incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, los procedimientos de esterilización, los equipos para la lactancia materna y la educación y el asesoramiento para todas las mujeres con capacidad reproductiva. Todos los servicios requeridos por la HRSA están cubiertos. En consecuencia, los servicios preventivos se brindan sin costo alguno para el miembro.

Servicios del consultorio del médico de atención primaria
Los servicios preventivos y de bienestar infantil tienen una función muy importante para mantener a su hijo saludable. Las consultas regulares preventivas y de bienestar infantil sano pueden evitar que su hijo se enferme en el futuro. También ayudarán al PCP de su hijo a detectar afecciones de salud o retrasos en el desarrollo, que podrían beneficiarse de un tratamiento temprano. Es importante programar y asistir a las citas para los servicios preventivos y de bienestar infantil según el cronograma recomendado por el PCP de su hijo.

Recuerde que puede comunicarse con el PCP durante las 24 horas, los 7 días de la semana si su hijo se enferma y usted necesita el consejo de un médico. El PCP puede brindarle muchos de los servicios de atención médica que su hijo necesita, como los siguientes:

- Las consultas y los servicios preventivos y de bienestar infantil incluyen lo siguiente, sin costos compartidos ni copagos:

Se brindará cobertura para inmunizaciones pediátricas (excepto las requeridas para el empleo o viajes), incluidos los agentes inmunizantes, que cumplen con los estándares del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Los calendarios de inmunización pediátrica del ACIP se pueden encontrar accediendo al siguiente enlace: **www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html**.

- Las vacunas contra la influenza pueden ser administradas por una farmacia participante para miembros a partir de los cinco años de edad, con el consentimiento de los padres, según la Ley 77 de 2024, así como vacunas contra la COVID-19.
- Consultas de atención de urgencia y por enfermedad en el consultorio, incluidas las que se realizan después del horario de atención habitual, cuando sea médicamente necesario. Estas consultas incluyen la atención del bebé sano, que por lo general incluye la historia clínica, la medición de la altura y el peso, el examen físico, las pruebas de diagnóstico de rutina y el asesoramiento.
- Pruebas de detección de plomo en la sangre y pruebas de plomo. Este análisis de sangre detecta niveles elevados de plomo en la sangre.
- Evaluación de riesgos para la salud bucal, barniz de flúor para niños de 5 meses a 5 años de edad (recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU.).
  - Atención de seguimiento después de los servicios de emergencia.
- Servicios de salud para la mujer y servicios de planificación familiar (consulte la descripción del beneficio para obtener información detallada).
  - Asesoramiento y pruebas genéticas.

Límites de beneficios: Ninguno

Otros servicios preventivos
Los beneficios están cubiertos para lo siguiente:

- Todos los productos y servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con una calificación de A o B en las recomendaciones actuales, lo que incluye lo siguiente:
  - Prevención de caries dentales para niños en edad preescolar
  - Asesoramiento sobre una dieta saludable
  - Suplementación oral con flúor
  - Evaluación del riesgo del BRCA y asesoramiento y pruebas genéticas
  - Vitamina D recetada

  - Suplementación con hierro recetado
  - Prueba de detección de infección por clamidia en mujeres embarazadas
  - Prueba de detección de infección por clamidia para mujeres no embarazadas
  - Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual
  - Suplementación con ácido fólico
  - Asesoramiento e intervenciones sobre el consumo de tabaco
- Beneficios según lo recomendado por el ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Beneficios según lo recomendado por la HRSA, lo que incluye lo siguiente:
  - Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos
  - Procedimientos de esterilización
  - Equipo para la lactancia materna
  - Educación y asesoramiento para todas las mujeres con capacidad reproductiva

Dispositivos protésicos
Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o una parte del cuerpo que falta y son médicamente necesarios. También se utilizan para ayudar a que un órgano que no funciona vuelva a funcionar. Este beneficio cubre la compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos protésicos cubiertos. También cubre las reparaciones necesarias que surjan del desgaste normal del dispositivo. El reemplazo de un dispositivo protésico solo está cubierto cuando se considera médicamente necesario y adecuado debido al crecimiento normal del niño.

Límite del beneficio: Ninguno.

Servicios de cirugía restaurativa o reconstructiva (que no sean servicios relacionados con la mastectomía)
Los servicios cubiertos para la cirugía restaurativa y reconstructiva médicamente necesarios incluyen servicios relacionados con lo siguiente:

- Cirugía para corregir una deformidad causada por lo siguiente:
  - Enfermedad
  - Traumatismos
- Anomalías congénitas o del desarrollo (defectos de nacimiento) hasta los 18 años
- Infección
- Cirugía para corregir un defecto funcional corporal causado por lo siguiente:
  - Lesiones accidentales
  - Lesión secundaria a otra cirugía
- Cirugía relacionada con el tratamiento de tumores malignos u otra patología destructiva que cause un deterioro funcional, con el fin de lograr un funcionamiento físico o corporal razonable.

Límites de beneficios: Ninguno.

Servicios de enfermería especializada en centros para pacientes internados
Los servicios de enfermería especializada están disponibles si se consideran médicamente necesarios para los niños que los requieren las 24 horas del día, pero que no necesitan estar en un hospital.

Límites de beneficios: Ninguno

Servicios de médicos especialistas
Las consultas en el consultorio, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento brindado por especialistas están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de la red.

Límites de beneficios: Ninguno

Servicios de telesalud
Como miembro de Aetna Better Health Kids, las consultas de telesalud están cubiertas. Es posible que su hijo tenga la opción de tener una consulta de telesalud con su proveedor. Consulte con el proveedor de su hijo para ver si la telesalud es una opción que ofrece.

Límites de beneficios: Ninguno

Servicios de trasplante
Los servicios de trasplante que son médicamente necesarios y que Aetna Better Health Kids no considera experimentales o de investigación están cubiertos para su hijo. Se requiere autorización previa.

Límites de beneficios: Los servicios cubiertos para los criterios de selección de pacientes (pruebas requeridas por el centro de trasplante para asegurarse de que su hijo sea elegible para un trasplante) están cubiertos en un solo centro de trasplante designado, excepto cuando los servicios se prestan como parte de una segunda opinión autorizada previamente por Aetna Better Health Kids. Este beneficio no cubre los servicios relacionados con la donación de órganos a personas que no son miembros.
Para brindarle la mejor atención posible, si su hijo necesita un trasplante de órganos, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** y solicitar una consulta con un administrador de atención.

Servicios de atención de urgencia
Siempre comuníquese con su PCP si tiene preguntas, incluso fuera del horario de atención. También tiene la opción de utilizar la atención de urgencia para recibir atención inmediata para afecciones menores. Los centros de atención de urgencia están abiertos todos los días, toda la noche y los fines de semana. No necesita una cita. La cobertura se describe en la sección de atención de urgencia de este manual (consulte la sección 6).

Límites de beneficios: Ninguno.

Suministros urológicos
Los suministros urológicos necesarios para el cateterismo urinario médicamente necesario están cubiertos solo si su hijo tiene incontinencia urinaria permanente o retención urinaria permanente. La retención urinaria permanente se define como aquella que no se espera que se corrija médica o quirúrgicamente para su hijo en un plazo de tres meses.

Límites de beneficios: Ninguno. Cualquier solicitud de DME de más de $500 puede requerir la revisión de nuestro director médico.

Servicios de salud para mujeres
No hay costos compartidos para los servicios preventivos en el marco de los servicios de planificación familiar, salud para la mujer y anticonceptivos.

La atención preventiva de bienestar de la mujer incluye servicios y suministros como se describe en la disposición de servicios preventivos para la mujer de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

El PCP de su hijo o un proveedor de OB-GYN participante pueden proporcionar servicios ginecológicos y de salud para la mujer. Su hijo no necesita una remisión ni autorización previa para un examen ginecológico anual, los servicios de planificación familiar o los servicios de maternidad de un OB-GYN. Están cubiertos los servicios de atención hospitalaria y médica relacionados con la atención antes del parto, durante el parto y posparto, incluidas las complicaciones causadas por el embarazo o el parto de la miembro.

Los servicios y suministros cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Examen pélvico, examen clínico de mamas y pruebas de Papanicolaou, de rutina de acuerdo con las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- Servicios de planificación familiar (consulte el beneficio descrito anteriormente para conocer más detalles y limitaciones).
- Servicios de maternidad (consulte el beneficio descrito anteriormente para conocer más detalles y limitaciones).
- Tratamiento de enfermedades ginecológicas, incluidas las lesiones o complicaciones causadas por un aborto electivo.

Límites de beneficios: El examen ginecológico anual y los servicios asociados se limitan a uno por año de beneficios. Excepto en casos de emergencia, los servicios de aborto requieren autorización previa.

Los abortos solo estarán cubiertos si un médico ha certificado que el aborto es médicamente necesario para salvar la vida de la madre o si el aborto se realiza para interrumpir un embarazo como resultado de un acto de violación o de incesto. El incidente de violación o incesto debe haber sido denunciado a las autoridades policiales o a los servicios de protección infantil, a menos que el médico tratante certifique que, a su juicio profesional, la miembro es física o psicológicamente incapaz de cumplir con el requisito de denuncia.

Contracepción
Esto incluye los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidos los dispositivos anticonceptivos, los anticonceptivos inyectables, los DIU y los implantes, los procedimientos de esterilización voluntaria y la educación y el asesoramiento para el paciente, sin incluir los medicamentos abortivos, sin costo compartido para el miembro. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta emitido con el plan.

Mamografías
Se brindará cobertura para mamografías de detección y diagnóstico. Los beneficios de mamografía se pagan solo si la realiza un proveedor de servicios de mamografía calificado que esté debidamente certificado por la agencia estatal o federal correspondiente, de acuerdo con la Ley de Garantía de Calidad de la Mamografía de 1992. Los copagos, si los hubiera, no se aplican a este beneficio.

Lactancia
El apoyo integral y el asesoramiento por parte de proveedores capacitados, el acceso a suministros para la lactancia materna, la cobertura de un sacaleches eléctrico, la cobertura de apoyo y el asesoramiento para la lactancia durante la hospitalización posparto, las consultas

sobre opciones para la madre y las consultas con el obstetra o pediatra para mujeres embarazadas y lactantes no tienen costo compartido para la miembro. La cobertura para el alquiler de un sacaleches de grado hospitalario requiere autorización previa.

Prueba de detección de osteoporosis (prueba de densidad mineral ósea o BMDT)
Se proporciona cobertura para las pruebas de densidad mineral ósea mediante un método aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Esta prueba determina la cantidad de mineral en un área específica del hueso. Se utiliza para medir la fuerza ósea, que es la suma de la densidad ósea y la calidad ósea. La calidad ósea se refiere a la arquitectura, el recambio y la mineralización del hueso. La BMDT debe ser recetada por un proveedor profesional legalmente autorizado para prescribir estas pruebas según la ley.

Ensayos clínicos aprobados
El Apéndice I, en la página 61, contiene más información sobre la cobertura de ensayos clínicos o cuando no está disponible un medicamento genérico.

14. Servicios ampliados

Los servicios ampliados solo están disponibles para nuestros miembros de Aetna Better Health Kids. Puede encontrar más información sobre estos beneficios exclusivos en nuestro sitio web en:
AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania/Whats-covered.

Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Beneficio de venta libre: Cada miembro de Aetna Better Health Kids recibe un crédito de OTC de $25 cada mes. Los miembros pueden comprar productos, como los siguientes:
  - Analgésicos y suministros de primeros auxilios
  - Productos para el cuidado bucal y dental
  - Remedios para el resfrío, la tos y la alergia
  - Antimicóticos
  - Productos para el cuidado de los oídos y de la vista
  - Vitaminas y minerales
  - Productos de higiene femenina y tampones
  - Pañales
  - Productos varios
- Beneficio de transporte para citas médicas: Modivcare puede ayudar a proporcionar a nuestros miembros transporte médico que no sea de emergencia hacia y desde las citas.
- Comidas médicamente adaptadas, entregadas por MANNA: MANNA proporcionará una serie de comidas diseñadas para niños que pueden beneficiarse de una dieta médicamente adaptada para determinados diagnósticos, como la diabetes, hipertensión y obesidad.
- Mantener a los niños seguros (caja de seguridad para los medicamentos): Guardar los medicamentos bajo llave beneficia la salud, la seguridad y el bienestar de todos.
- Exámenes físicos deportivos para niños: Exámenes físicos deportivos sin costo para nuestros miembros.
- Beneficios dentales mejorados: Coronas para dientes de leche que se ven como dientes reales.
- Beneficios de la vista mejorada: $180 de descuento en marcos de moda.
- Aplicación de salud conductual Pyx Health: Conecta a los niños con herramientas y actividades que pueden apoyar su salud conductual.
- Sea activo: Tarjeta de débito con $100: Los miembros reciben $100 en una tarjeta de débito para usar en actividades o programas saludables que se ofrecen en su comunidad.

• Maven: Apoyo las 24 horas durante el embarazo y el posparto.

Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania/Whats-covered** para obtener más información sobre sus beneficios de servicio ampliados. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene preguntas o quiere entender mejor cómo usar los beneficios de servicio ampliados.

15. Beneficios de farmacia

Brindamos cobertura para una amplia gama de medicamentos con receta. Nuestro formulario explica qué medicamentos están cubiertos. Por lo general, no pagaremos los medicamentos que no estén incluidos en el formulario. Esta es la información importante que debe saber sobre su beneficio de farmacia:

- Algunos medicamentos del formulario pueden requerir autorización previa.
- Es posible que algunos medicamentos solo se cubran si el miembro cumple con determinados criterios.
- Algunos ejemplos incluyen que el miembro o su proveedor de atención médica presenten documentación que demuestre que el miembro tiene lo siguiente:
  - Determinadas afecciones médicas o diagnósticos que indican que el medicamento es médicamente necesario.
  - Alergias a medicamentos que limitan el uso de otros medicamentos con los que un miembro podría recibir tratamiento.
  - Un tratamiento ineficaz de una afección o enfermedad con un medicamento diferente.

El miembro debe presentar su tarjeta de identificación al momento del servicio para poder acceder a sus beneficios de farmacia.

Visite nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania/pharmacy-prescription-drug-benefits** para obtener más información sobre sus beneficios de farmacia. Puede encontrar pasos sencillos para encontrar una farmacia cerca de usted. El sitio también tiene una lista de los medicamentos que cubrimos y las normas sobre su uso. Le explicamos cómo manejamos los medicamentos con receta, incluidos los límites para algunos medicamentos, qué deben hacer los médicos si necesita una excepción y cómo manejamos los medicamentos genéricos y el tratamiento escalonado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia y necesita ayuda para encontrar una farmacia participante, incluidas las farmacias de la red especializadas en medicamentos especializados y las farmacias de pedido por correo.

Algunos medicamentos, como los anticonceptivos, los suplementos de hierro, el fluoruro de sodio, los suplementos de ácido fólico, las vitaminas, la aspirina, los productos para dejar de fumar, los suplementos de vitamina D, los medicamentos de profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP), el tamoxifeno y el raloxifeno se consideran medicamentos preventivos y están cubiertos sin costo alguno cuando se surten en una farmacia participante con una receta válida. Si tiene preguntas sobre si un medicamento preventivo está cubierto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

¿Están cubiertos los medicamentos de marca?
Siempre que haya un medicamento genérico disponible, este sustituirá al medicamento de marca. La excepción a esta norma es cuando el médico indica que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria o cuando el medicamento no está disponible en una

versión genérica. Si el médico cree que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria, debe enviar una solicitud especial a Aetna Better Health Kids para su revisión. Esta solicitud se debe aprobar antes de que cubramos la versión de marca del medicamento.

¿Están cubiertos los medicamentos de venta libre?
Algunos productos OTC pueden estar cubiertos si así lo exige la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA). Si el miembro tiene una receta para el medicamento de venta libre, el medicamento figura en el formulario, el miembro ha sido diagnosticado con determinadas afecciones médicas y el medicamento es recomendado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (calificaciones A y B), el medicamento puede estar cubierto. Si tiene preguntas sobre si un medicamento de venta libre está cubierto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

Si cree que necesita un medicamento que no figura como cubierto por el plan médico, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación para obtener información sobre el proceso requerido para recibir la cobertura de esos medicamentos.

16. Beneficios de salud mental

Algunos miembros diagnosticados con trastornos de salud mental graves o afecciones que afectan significativamente la salud conductual de un niño (es decir, esquizofrenia, autismo, etc.) pueden ser elegibles para una gama más amplia de servicios o diferentes limitaciones de beneficios. Comuníquese con la Unidad mejorada del Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-346-9828** si tiene preguntas sobre la elegibilidad de su hijo para determinados servicios de salud mental.

¿De quién puede recibir servicios de salud mental mi hijo?
Excepto en caso de emergencia, los servicios de salud mental deben ser prestados por proveedores y centros participantes. La excepción a esto es si obtiene una autorización previa para acudir a un proveedor o centro no participante.

¿Mi hijo necesita una remisión para acudir a un especialista en salud mental?
Su hijo no necesita una remisión para ver a un proveedor de salud mental participante. Un miembro (de 14 años de edad o más) o un padre o tutor pueden autorremitirse.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** en los siguientes casos:

- Si necesita ayuda para autorremitirse.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor participante en su área.
- Si tiene problemas para programar una cita con un proveedor participante.
- Si tiene preguntas sobre los beneficios de salud conductual.

¿Qué sucede si mi hijo tiene una emergencia de salud mental?
Una emergencia de salud mental es la aparición repentina de una afección potencialmente mortal en la que usted cree que su hijo corre el riesgo de lesionarse a sí mismo o a otros si no se le brinda atención médica inmediata. Si cree que su hijo tiene una emergencia de salud mental, vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si cree que su hijo se encuentra en una situación de salud mental que necesita ayuda urgente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Se lo

conectará con un médico interno o un administrador de atención que lo ayudará a evaluar la gravedad de la situación. Si se trata de una emergencia, el profesional de la salud mental le ayudará a obtener el tratamiento que su hijo necesita lo antes posible.

Si la afección no pone en peligro la vida ni requiere una internación inmediata, programaremos una cita de atención urgente para su hijo.

Si su situación ocurre después del horario de atención habitual o cree que su situación es una emergencia grave o que pone en peligro su vida, llame al **911** o al **988**.

El tratamiento inicial para una emergencia de salud mental está cubierto, incluso cuando lo proporcionan proveedores de salud mental no participantes o se brindan en un centro no participante si los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir atención inmediata.

Los servicios de salud mental para pacientes internados solo pueden ser prestados por proveedores participantes en centros participantes, a menos que la admisión se haya producido como resultado de una emergencia psiquiátrica. Si su hijo es admitido en un centro no participante, debe comunicarse con Aetna Better Health Kids en un plazo de 24 horas para notificarles la admisión. Una vez que se determina que la afección de su hijo no es de emergencia, su hijo puede ser transferido a un centro participante. Si usted se niega a transferir a su hijo a un centro participante después de que la emergencia psiquiátrica haya finalizado, es posible que los servicios que su hijo reciba en el centro no participante no estén cubiertos.

Los beneficios para pacientes internados por hospitalizaciones médicas y de salud conductual, rehabilitación hospitalaria relacionada con la salud y servicios de enfermería especializada no están limitados.

¿Los servicios de salud mental para pacientes externos necesitan autorización previa?
Algunos servicios de salud mental pueden requerir autorización previa. El proveedor de salud mental de su hijo es responsable de obtener las autorizaciones necesarias llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

¿Qué beneficios de salud mental para pacientes externos están cubiertos?
No hay límites para las consultas de salud mental para pacientes externos por año de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Pruebas psicológicas
- Consultas con proveedores de salud mental
- Hospitalización parcial
- Tratamiento intensivo para pacientes externos
- Administración de medicamentos

17. Beneficios para los trastornos por abuso de sustancias

El Programa de seguro de salud para niños (CHIP) cubre la desintoxicación para pacientes internados, el tratamiento residencial no hospitalario y el tratamiento para pacientes externos relacionado con el abuso de drogas y alcohol para su hijo.

Si cree que su hijo tiene un problema con las drogas o el alcohol, no se demore en conseguirle la ayuda que necesita. Cuanto antes comience el tratamiento con un proveedor profesional, más probabilidades tendrá de tener una recuperación exitosa.

Los beneficios para los trastornos por abuso de sustancias no cubren los servicios relacionados con el abuso del tabaco. Sin embargo, Aetna Better Health Kids ofrece un tratamiento de reemplazo de la nicotina y asistencia para dejar de fumar para ayudar a su hijo a dejar de consumir productos relacionados con el tabaco/vapeo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para obtener asistencia para dejar de fumar para su hijo.

¿De quién puede mi hijo recibir servicios para los trastornos por abuso de sustancias?
Los servicios para los trastornos por abuso de sustancias deben ser prestados por proveedores y centros participantes, a menos que autoricemos previamente el uso de un proveedor o centro no participante.

¿Necesita mi hijo una remisión para consultar a un especialista en trastornos por abuso de sustancias?
Su hijo no necesita una remisión de un PCP para ver a un proveedor participante de trastornos por abuso de sustancias. Un miembro (de 14 años de edad o más) o un padre o tutor pueden autorremitirse.

Llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** en los siguientes casos:

- Si necesita asistencia para autorremitirse.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor participante en su área.
- Si tiene problemas para programar una cita con un proveedor participante.
- Si tiene preguntas sobre los beneficios por abuso de sustancias.

Para su comodidad, puede encontrar el número del Departamento de Servicios para Miembros en la tarjeta de identificación de Aetna Better Health Kids de su hijo.

¿Qué pasa si mi hijo tiene una emergencia o crisis por abuso de sustancias?
Una emergencia por consumo de sustancias ocurre cuando se considera que su hijo está en peligro físico inminente y potencialmente mortal con una necesidad de desintoxicación inmediata para la abstinencia de drogas. Acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué necesito saber sobre la desintoxicación para pacientes internados?
La desintoxicación es el proceso mediante el que se ayuda a un miembro dependiente o intoxicado por drogas o alcohol durante el período de tiempo necesario para eliminar la presencia de las sustancias intoxicantes o los factores de dependencia, manteniendo al mismo tiempo el riesgo fisiológico o psicológico para el miembro al mínimo. La desintoxicación para pacientes internados se utiliza cuando los signos y síntomas de abstinencia de un miembro son lo suficientemente graves como para requerir atención hospitalaria las 24 horas con control médico por parte de profesionales médicos y de enfermería.

Los servicios de desintoxicación para pacientes internados solo pueden ser prestados por proveedores participantes en centros participantes, a menos que la admisión se haya producido como resultado de una emergencia. Si su hijo es admitido en un centro no participante, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** en un plazo de 24 horas para notificarles la admisión. Una vez que se determina que la afección de su hijo no es de emergencia, su hijo puede ser transferido a un centro participante. Si usted se niega a transferir a su hijo a un centro participante después de que la emergencia psiquiátrica haya finalizado, es posible que los servicios que su hijo reciba en el centro no participante no estén cubiertos.

¿Qué necesito saber sobre el tratamiento residencial no hospitalario?
El tratamiento residencial no hospitalario se refiere a los servicios administrados en los centros donde vive el miembro mientras participa en un programa integral de tratamiento para la dependencia de sustancias químicas en un entorno terapéutico que ha cumplido con los estándares mínimos establecidos por el Departamento de Salud de Pensilvania. Los miembros que no requieren control médico por abstinencia también pueden recibir servicios relacionados con la desintoxicación en estos centros.

La admisión en un centro de tratamiento residencial no hospitalario para recibir tratamiento de rehabilitación de drogas y alcohol nunca se considera un tratamiento de emergencia.
Los servicios de tratamiento residencial no hospitalarios solo pueden ser prestados por proveedores participantes en centros participantes, a menos que el Departamento de Servicios para Miembros (**1-800-822-2447 [TTY: 711]**) autorice previamente el uso de un proveedor o centro no participante antes de que su hijo sea admitido y comience a recibir servicios. Los servicios residenciales no hospitalarios por abuso de sustancias que su hijo reciba en un centro no participante no estarán cubiertos por el seguro de su hijo.
¿Qué beneficios para los trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos están cubiertos?
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Pruebas psicológicas y de laboratorio
- Consultas con proveedores de rehabilitación para los trastornos por abuso de sustancias
- Hospitalización parcial
- Tratamiento intensivo para pacientes externos
- Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)

18. Beneficios dentales

Ayude a su hijo animándolo a practicar una buena higiene bucal todos los días y llevándolo al dentista para controles programados regularmente. Juntos nos esforzamos por asegurarnos de que su hijo tenga acceso a servicios dentales de alta calidad que cultiven una sonrisa saludable para toda la vida.

Aetna Better Health Kids cubre muchos servicios dentales para ayudar a nuestros miembros a prevenir enfermedades dentales, promover la salud bucal, restaurar la salud y el funcionamiento de las estructuras bucales y tratar afecciones dentales de emergencia. No hay copagos para los servicios dentales cubiertos, y no se necesitan remisiones de su PCP para programar una cita; recibir atención dental no podría ser más fácil.

¿A quién puede consultar mi hijo para recibir atención dental?
Puede programar una cita con cualquier dentista participante de SKYGEN. Puede encontrar una lista de proveedores de SKYGEN en **https://aetnapamwp.sciondental.com/MWP/Landing**, haciendo clic en: **"FIND A DENTIST" (ENCONTRAR UN DENTISTA)** o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de SKYGEN al **1-800-508-2072 (TTY 711)**.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios dentales o para conseguir una cita, llame al Departamento de Servicios para Miembros de SKYGEN al **1-800-508-2072 (TTY 711)** y alguien lo ayudará.

¿Cuánto cuesta la atención dental?

Excepto en el caso de una emergencia, la atención dental debe ser proporcionada por un dentista que sea un proveedor participante de SKYGEN. Los beneficios dentales cubiertos proporcionados por un proveedor participante y aprobados por SKYGEN no tendrán gastos de bolsillo.

Los servicios prestados por proveedores fuera de la red no participantes no están cubiertos, a menos que existan circunstancias especiales.

¿Qué servicios dentales están cubiertos por el CHIP?

Su hijo es elegible para realizarse exámenes preventivos de rutina y limpiezas una vez cada seis meses, con la excepción de una miembro bajo el cuidado de un profesional médico durante el embarazo, quien será elegible para una profilaxis adicional durante el embarazo, completamente gratuita, cuando sea proporcionada por un dentista participante. Determinados servicios requieren autorización previa y solo pueden estar disponibles si se determina que son médicamente necesarios y adecuados para la edad o pueden tener límites de frecuencia.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios dentales, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de SKYGEN al **1-800-508-2086 (TTY 711)**.

Algunos beneficios dentales están restringidos a determinados grupos de edad o tienen otras limitaciones clínicas. Determinados servicios requieren autorización previa y solo pueden estar disponibles si se determina que son médicamente necesarios y adecuados para su hijo. A continuación, se detallan algunos de los servicios cubiertos que se prestan:

Servicios preventivos y de diagnóstico

- Exámenes de rutina (cada 6 meses)
- Limpiezas (dos veces al año)
- Radiografías de rutina
- Aplicación tópica de flúor (por parte de su dentista o proveedor de atención primaria [PCP])
- Selladores
- Mantenedores de espacio

Servicios de restauración

- Empastes del color de los dientes (compuestos)
- Empastes de plata (amalgama)
- Coronas
- Protectores oclusales

Servicios de endodoncia

- Pulpotomías (dientes primarios)
- Tratamientos de conducto (dientes permanentes)
- Apicectomía

Servicios periodontales

- Desbridamiento bucal completo
- Raspado y pulido radicular
- Mantenimiento periodontal
- Injertos de tejidos blandos

Cirugía bucal

- Anestesia
- Extracciones simples
- Extracciones quirúrgicas

Extracción de muelas de juicio

- Frenectomía

Servicios de prostodoncia

- Coronas
- Dentaduras postizas
- Protectores oclusales

Ortodoncia

Los aparatos dentales están cubiertos solo cuando son médicamente necesarios, no para fines estéticos. La necesidad médica se determina solo después de que su hijo sea evaluado por un ortodoncista y haya enviado una autorización previa a SKYGEN para su revisión clínica. Si son médicamente necesarios, los servicios pueden incluir lo siguiente:

- Evaluación para aparatos dentales
- Colocación, ajustes y extracción de aparatos dentales
- Colocación de retenedores
- Reemplazo de retenedor (una sola vez)

Servicios dentales de emergencia

- Examen de emergencia
- Radiografías dentales
- Empastes temporales
- Coronas temporales
- Tratamiento pulpar
- Tratamiento paliativo del dolor dental

¿Qué servicios dentales no están cubiertos?

Aetna Better Health (ABH) Kids no cubre los servicios dentales realizados con fines estéticos. ABH Kids tampoco cubre los tratamientos adicionales debido al incumplimiento de la atención dental recetada. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros de SKYGEN al **1-800-508-2072 (TTY 711)**. Tienen información detallada sobre las limitaciones específicas de los beneficios que pueden aplicarse a los servicios que no son de rutina. También puede visitar su sitio web en **https://aetnapamwp.sciondental.com/MWP/Landing** o haciendo clic en el **portal web para miembros de SKYGEN**.

19. Beneficios de la vista/atención de la vista

Los problemas oculares no tratados pueden causar problemas de aprendizaje y conducta que afectan negativamente la vida de un niño. Con la atención de la vista adecuada, incluidas las revisiones periódicas, puede evitar muchos problemas.

¿A quién puede ver mi hijo para recibir atención de la vista?
Puede programar una cita con cualquier óptico, optometrista u oftalmólogo de la red de Aetna Better Health Kids que participe. Puede encontrar una lista de proveedores de servicios de la vista en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Superior Vision al **1-800-428-8789**.

No necesita obtener una remisión del PCP de su hijo para programar una cita de la vista. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Superior Vision al **1-800-428-8789** si tiene problemas para encontrar un proveedor de servicios de la vista participante o para conseguir una cita.

¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor de servicios de la vista no participante?
Sí, pero es posible que el proveedor no participante no considere el monto permitido para los servicios cubiertos como el pago total de los servicios prestados o del equipo proporcionado a su hijo. Deberá pagar la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y la asignación por servicios o equipos cubiertos.

¿Cuánto cuesta la atención de la vista?
Los proveedores participantes de Aetna Better Health Kids aceptarán la asignación como pago total de los servicios cubiertos. El proveedor participante se encargará de toda la documentación de su hijo y el pago se realizará directamente a él. Cuando acuda a un proveedor participante, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo ni será responsable de ninguna parte de la factura. Si se brinda algún servicio de la vista en virtud del beneficio médico para un diagnóstico de cataratas, queratocono o afaquia, es posible que se aplique un copago.

Algunos proveedores de servicios de la vista no participantes esperarán que se les pague la totalidad de los servicios prestados en el momento de la consulta. En este caso, será su responsabilidad pagar la factura. Todo lo que tiene que hacer es enviar la factura a Aetna Better Health Kids y solicitar el reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto permitido de los servicios cubiertos que recibió su hijo. Este cheque puede ser menor que el monto que usted le pagó al proveedor no participante.

En el caso de un servicio cubierto en el que el proveedor de servicios de la vista, el miembro o los padres del miembro elijan un tratamiento o equipo más costoso que el que se suele proporcionar, el pago bajo este beneficio se basará en el monto permitido para el procedimiento o equipo de menor costo. En este caso, el proveedor de servicios de vista puede optar por facturarle un saldo por la diferencia entre el cargo por el servicio real prestado o el equipo proporcionado y el monto recibido de Aetna Better Health Kids.

¿Qué beneficios de la vista están cubiertos?
Aetna Better Health Kids cubre la atención de la vista de emergencia, preventiva y de rutina.

- **Cristales.**
- **Los lentes de contacto** están cubiertos, si son médicamente necesarios, en lugar de un par de anteojos.
- **Marcos.**

Otros servicios de la vista que se incluyen, sin copagos, cuando son médicamente necesarios, son los siguientes:

- **Cobertura de lentes de vidrio o plástico**, lo que incluye graduaciones de lentes simples, bifocales, trifocales, lenticulares, tintes de moda y degradados; lentes de sol graduados de vidrio gris n.º 3 de gran tamaño con receta; lentes graduados de policarbonato con revestimiento resistente a rayaduras, y productos para la baja visión.
- **Nota: Los lentes de policarbonato** están cubiertos en su totalidad para niños, pacientes monoculares y pacientes con una graduación superior a +/- 6.00 dioptrías.
- **Examen de la vista y servicios refractivos:** Incluye hasta un examen de la vista de rutina y una prueba refractiva por año de beneficios, a menos que un segundo examen de la vista y una prueba refractiva sean médicamente necesarios. Esto incluye la dilatación si está indicada por un profesional. Sin costo para el miembro dentro de la red. Fuera de la red: Sin cobertura.
- **Lentes:** Dentro de la red: Un par cubierto en su totalidad por año calendario. Fuera de la red: Sin cobertura.
- **Marcos:** Dentro de la red: Sin costo para el miembro. Los gastos que superen los $130 de asignación* deberán ser pagados por el miembro. Además, se aplica un descuento del 20% a cualquier monto superior a $130. Fuera de la red: Sin cobertura.
- **Lentes de contacto:** Una receta por año: En lugar de anteojos o cuando sean médicamente necesarios para la corrección de la vista.
  – Los gastos que superen una asignación de $130 se pueden aplicar al costo de la evaluación, los materiales, el ajuste y la atención de seguimiento. Además, se aplica un descuento del 15% a cualquier monto superior a $130.

Nota: En algunos casos, los proveedores participantes cobran por separado la evaluación, el ajuste o la atención de seguimiento relacionada con los lentes de contacto. Si esto ocurre y el valor de los lentes de contacto recibidos es inferior a la asignación, puede presentar una reclamación por el saldo restante (el reembolso combinado no excederá la asignación total).

- **Frecuencia de sustitución de lentes y marcos:** Un par de anteojos cada 12 meses, cuando sea médicamente necesario para la corrección de la vista. Un reemplazo de lentes, marcos y lentes de contacto correctivos rotos, perdidos o rayados médicamente necesarios (uno original y uno de reemplazo, hasta un máximo de dos por año de beneficios).

Puede haber copagos para los siguientes tipos de lentes y tratamientos opcionales:

Recubrimiento protector ultravioleta.	Sin copago
Lentes de policarbonato (si no son para niños, monoculares o con una graduación superior a +/- 6.00 dioptrías).	$30
Lentes de segmento difuminado.	$20
Lentes de vista intermedia.	$30
Progresivos estándar.	$50
Progresivos prémium (Varilux®, etc.).	$90
Lentes fotocromáticos de vidrio.	$20
Lentes fotosensibles de plástico (Transitions®).	$65
Lentes polarizados.	$75
Recubrimiento antirreflejo (AR) estándar.	$35
Recubrimiento AR prémium.	$48
Recubrimiento AR superior.	$60
Lentes de alto índice.	$55

*Consulte la sección 13 para conocer los beneficios de la vista adicionales en la parte de beneficios mejorados.

- **Baja visión:** Una evaluación integral de baja visión cada 5 años, con un cargo máximo de $300; una asignación máxima de ayuda para la baja visión de $600, con un máximo de por vida de $1,200 para productos, como anteojos de alta graduación, lupas y dispositivos telescópicos, y cuatro consultas de seguimiento en cualquier período de cinco años, con un cargo máximo de $100 por consulta. Los proveedores obtendrán la autorización previa necesaria para estos servicios.

¿Qué beneficios de la vista no están cubiertos?

- Cirugía refractiva

20. Exclusiones del CHIP

El CHIP no cubre todos los servicios, suministros o cargos. A menos que se indique específicamente en el Resumen de beneficios del CHIP o se identifique como un beneficio mejorado de Aetna Better Health Kids en este manual, no se proporcionarán beneficios para los siguientes servicios, suministros ni cargos, incluidos, entre otros, los siguientes:

– Medicina alternativa: Incluye, entre otros, lo siguiente: Acupuntura, acupresión, aromaterapia, tratamiento de aversión, medicina ayurvédica, tratamiento bioenergético, tratamiento con dióxido de carbono, tratamiento de confrontación, tratamiento de curación con cristales,

desprogramación de cultos, tratamiento con delfines, tratamiento de aversión eléctrica para el alcoholismo, equinoterapia, visualización guiada, medicina herbal, homeopatía, narcoterapia, naturoterapia, tratamiento ortomolecular, tratamiento primal, tratamiento de relajación, meditación trascendental y yoga.

- Fecundación asistida.
- Servicios de salud conductual por los siguientes motivos:
  - Cualquier servicio relacionado con trastornos no definidos como trastornos mentales tratables según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).
  - Servicios que no se espera que causen una mejoría demostrable en la afección o el nivel de funciones del miembro y el tratamiento de mantenimiento crónico, excepto en el caso de enfermedades/trastornos mentales graves.
  - Tratamientos para pacientes internados o para pacientes externos relacionados con el retraso mental.
  - Mantenimiento con metadona para el tratamiento de la dependencia química.
  - Productos de comodidad y conveniencia.
- Dispositivos de corrección: Destinados principalmente a fines deportivos o relacionados con un plan de tratamiento de medicina deportiva.
- Cirugía cosmética u otros procedimientos: Cirugía cosmética u otros procedimientos para reparar o remodelar una estructura corporal con el fin de mejorar la apariencia de la persona o por razones psicológicas o emocionales, de los que no se puede esperar ninguna mejora en la función fisiológica, excepto para una cirugía o servicios que sean requeridos por la ley o según se especifique en la sección de beneficios cubiertos más arriba.
- Orden de un tribunal: Los servicios ordenados por un tribunal cuando no son médicamente necesarios para la afección médica o de salud conductual del miembro, según lo determine el médico del miembro.
- Cuidado asistencial.
- Exclusiones dentales específicas:
  - Puentes, a menos que sean necesarios como resultado de un accidente o una lesión.
  - Reclamaciones relacionadas con servicios cubiertos en los que el dentista y el miembro seleccionan un tratamiento más costoso que el que suele proporcionar en la profesión dental y que es coherente con los estándares profesionales sólidos de la práctica dental para la afección dental en cuestión.
  - Dentaduras postizas y otras prótesis, a menos que sean médicamente necesarias como resultado de una cirugía por traumatismo o un proceso de enfermedad que hace que la afección dental sea intratable mediante un procedimiento de restauración menos intensivo.
- Dispositivos, aparatos y servicios duplicados y temporales.
- Restauraciones con lámina de oro y restauraciones o prótesis que utilicen metales nobles o de alta nobleza, a menos que se determine que el uso de estos materiales es médicamente necesario.
- Carillas labiales.
- Laminados realizados con fines estéticos.
- Anestesia local cuando un dentista la factura por separado.
- Cirugía bucal que está cubierta por la parte médica de los beneficios.
- Programas de control de placa, educación sobre la higiene bucal e instrucciones de alimentación.
- Reemplazo de retenedor.
- Drogas:
  - Medicamentos para la implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI)

    - Medicamentos experimentales
    - Medicamentos para bajar de peso
    - Agentes de infertilidad
    - Medicamentos para fines estéticos
    - Medicamentos etiquetados para uso en investigación
    - Medicamentos utilizados para el crecimiento del cabello
    - Medicamentos para la impotencia
- Equipo médico duradero: Equipos/suministros médicos que sean lo siguiente:
    - Equipos/suministros que se agotan con el uso.
    - Vendajes, a menos que el nivel de atención requiera atención de enfermería especializada en el hogar.
    - Equipos/suministros utilizados principalmente para fines no médicos, por ejemplo, aires acondicionados, humidificadores o purificadores de aire eléctricos.
    - Productos básicos de comodidad o conveniencia o productos destinados principalmente a la conveniencia de una persona que cuida a un miembro.
- Exámenes: Examen físico o evaluación, así como cualquier evaluación de salud mental o dependencia química realizada principalmente a solicitud, para la protección o conveniencia de o para cumplir un requisito de un tercero, incluidos, entre otros, abogados, empleadores, aseguradoras, escuelas, campamentos y oficinas de licencias de conducir.
- Formularios: Cargos por la realización de cualquier informe especializado, formulario, formulario de seguro o copia de registros médicos.
- No se proporciona cobertura para servicios nutricionales, servicios de tareas domésticas, tratamiento de mantenimiento, cuidado asistencial ni alimentos o comidas entregadas a domicilio.
- Inmunizaciones y medicamentos: Vacunas y medicamentos utilizados para la prevención de enfermedades cuando son necesarios únicamente para trabajar o viajar fuera de los Estados Unidos.
- Atención a largo plazo.
- Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Retraso mental: Servicios para el tratamiento del retraso mental, salvo que se disponga lo contrario en este documento.
- Servicio militar: Atención para discapacidades y afecciones relacionadas con el servicio militar, que el miembro tiene derecho legal a recibir bajo otra cobertura.
- Accidente automovilístico/compensación laboral:
    - El costo de los servicios hospitalarios, médicos u otros servicios de salud a causa de lesiones corporales accidentales derivadas de un accidente automovilístico, en la medida en que dichos beneficios sean pagaderos según cualquier disposición de pago de gastos médicos (con cualquier terminología utilizada, incluidos los beneficios exigidos por ley) de cualquier póliza de seguro de automóvil, salvo que la ley aplicable lo prohíba. Servicios cuya cobertura sea requerida por ley federal, estatal o local, que deba ser adquirida o proporcionada a través de otros arreglos, incluidos, entre otros, los beneficios exigidos por compensación laboral, seguro de automóvil sin culpa o legislación similar.
- Servicios no cubiertos:
    - Cualquier servicio, suministro o tratamiento que no figure específicamente como un beneficio, servicio, suministro o tratamiento cubierto por el CHIP, a menos que sea un servicio básico de salud. Cualquier servicio cubierto relacionado o requerido por un producto excluido o un servicio no cubierto, a menos que dichos servicios se consideren servicios de salud básicos.
    - Cargos por copagos, que son responsabilidad del miembro.
    - Cargos por conversaciones telefónicas o por no asistir a una cita programada.

- Servicios o suministros que no son proporcionados u organizados por un proveedor participante del CHIP y autorizados para el pago, de acuerdo con las políticas y los procedimientos de administración médica del CHIP.
    - Servicios prestados por un proveedor sin licencia o un proveedor no reconocido por el CHIP.
    - Servicios incurridos después de la fecha de finalización de la cobertura del miembro, salvo que los requiera el CHIP.
    - Servicios prestados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro.
    - Servicios prestados por un proveedor que es un miembro de la familia inmediata o del hogar del miembro.
    - Servicios por los que el miembro no tendría la obligación legal de pagar.
    - Servicios prestados por un proveedor profesional inscrito en un programa de educación o capacitación cuando dichos servicios estén relacionados con el programa de educación o capacitación.
    - Servicios relacionados con la obtención o el mantenimiento de una licencia, un empleo o un seguro o con fines relacionados con procedimientos judiciales o administrativos, como la adjudicación de casos matrimoniales, de manutención de los hijos o de custodia.
    - Servicios que requieren una autorización previa del CHIP para los que el miembro o el proveedor tratante no obtuvieron autorización previa.
    - Servicios presentados por dos proveedores profesionales diferentes que prestaron los mismos servicios en la misma fecha para el mismo miembro.
    - Servicios que son principalmente de naturaleza educativa, de rehabilitación vocacional y de tratamiento recreativo y educativo, salvo que lo exija la ley y cuando se determine que son médicamente necesarios.
- Tratamiento de la disfunción sexual no directamente relacionada con una enfermedad o lesión orgánica.
- Productos no médicos.
- Suplementos nutricionales:
    - Cualquier fórmula, cuando se utilice para la conveniencia del miembro o de su hogar.
    - Alimentos licuados, alimentos para bebés, espesantes o alimentos no perecederos de consumo habitual cuando se usan con un sistema de nutrición enteral.
    - Fórmula infantil a base de leche o soja con proteínas intactas.
    - Productos alimenticios de consumo habitual utilizados en el tratamiento nutricional de trastornos metabólicos genéticos hereditarios poco frecuentes.
    - Suplementos nutricionales o cualquier otra sustancia utilizada con el único propósito de bajar o subir de peso, o para la suplementación, limitación o mantenimiento de las calorías.
    - Proteínas intactas/aislados de proteínas semisintéticas para la administración oral, proteínas intactas/aislados de proteínas naturales y proteínas intactas/aislados de proteínas.
    - Productos alimenticios regulares o productos no perecederos, incluidos los suplementos nutricionales para la administración oral, que están disponibles sin receta.
    - Suplementos alimenticios, alimentos sin lactosa, vitaminas o minerales utilizados para sustituir alimentos intolerables o determinadas fórmulas infantiles para complementar una dieta deficiente o proporcionar una nutrición alternativa.
    - Vitaminas o minerales administrados por vía oral, a menos que estén cubiertos por el beneficio de farmacia.
    - Productos enterales y suministros relacionados que se administran por vía oral.

- Cirugía bucal: Servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o trastornos de la articulación temporomandibular, con excepción de la cirugía para la enfermedad de la articulación temporomandibular, como se indica en la sección de beneficios cubiertos.
- Atención de rutina de los pies: La atención de rutina de los pies (como el corte de uñas) no está cubierta. Están cubiertos otros servicios relacionados con los pies, como el tratamiento de uñas encarnadas y los servicios para el tratamiento de la diabetes o que sean médicamente necesarios debido a una enfermedad vascular periférica grave.
- Servicios de interrupción del embarazo: Excepto los previstos en las leyes del Estado de Pensilvania.
- Centro público/servicios del gobierno: Atención para afecciones que la ley federal, estatal o local requiere que se traten en un centro público o servicios prestados por cualquier nivel de gobierno, a menos que la cobertura sea exigida por ley.
- Tratamiento de rehabilitación para trastornos psiconeuróticos o de la personalidad.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria.
- Servicios prestados sin la autorización previa requerida.
- Maternidad subrogada: Todos los servicios y suministros relacionados con la maternidad subrogada, incluidos, entre otros, todos los servicios y suministros relacionados con la concepción y la atención prenatal hasta la posnatal de una miembro que actúe como madre subrogada.
- Trasplantes/donación de órganos.
- Trasplantes experimentales o de investigación.
- Servicios requeridos por un miembro relacionados con la donación de órganos cuando el miembro actúa como donante de órganos, a menos que el receptor tenga cobertura del CHIP.
- Servicios requeridos por un donante cuando los beneficios están disponibles para el donante de cualquier otra fuente. Esto incluye, entre otros, otra cobertura de seguro o cualquier programa gubernamental. Los beneficios que no estén disponibles de otra fuente y que se proporcionen al donante se cargarán a la cobertura del miembro.
- No se realizará ningún pago por los órganos humanos que se vendan en lugar de donarse.
- Exclusiones específicas de la vista:
    - Cobertura para un tratamiento médico o quirúrgico, medicamentos o fármacos, lentes sin receta, exámenes, procedimientos de capacitación o materiales que no figuran como beneficios del CHIP.
    - Procedimientos especiales o poco frecuentes, como, entre otros: la ortóptica, el entrenamiento de la vista, las ayudas para la vista subnormal y la tonografía.
    - Reemplazo de lentes, lentes de contacto o marcos perdidos, robados, rotos o dañados, excepto en los intervalos especificados en el Resumen de beneficios del CHIP.
    - Servicios o materiales proporcionados por el gobierno federal, estatal o local o por compensación laboral.
    - Cirugía para corregir la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y la queratotomía radial.
- Reducción del peso: Cirugía bariátrica, medicamentos para tratar la obesidad, incluidos, entre otros, los supresores del apetito y los inhibidores de la lipasa.

21. Administración de la atención

Algunos miembros tienen necesidades especiales de atención médica y afecciones médicas. La administración de la atención de Aetna Better Health Kids incluye enfermeros y trabajadores sociales que trabajan con muchos proveedores, agencias y organizaciones de atención médica para obtener los servicios y la atención que necesita.

Nuestro equipo de administración de la atención puede ayudarlo a obtener más información sobre su afección. Pueden ayudarlos a usted y a su proveedor a elaborar un plan de atención que sea adecuado para usted. También pueden conectarlo con servicios de apoyo para dejar de fumar y para problemas de control del peso relacionados con la obesidad.

ABH Kids ofrece el Programa Maternity Matters, en el que nuestros administradores de atención pueden brindar apoyo a los miembros mediante educación y recursos durante el embarazo y después del embarazo.

Queremos ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida hablar con alguien de nuestro equipo de administración de la atención.

Su membresía en el programa de administración de la atención es voluntaria. Puede optar por participar o no en cualquier momento. Solo llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

22. Control de enfermedades

Los programas de control de enfermedades proporcionan información específica a los miembros con determinadas afecciones médicas. Brindan apoyo y educación especializados a los miembros diagnosticados con determinadas afecciones que requieren esfuerzos específicos de cuidado personal. El control de enfermedades ayuda a mejorar la calidad de vida de un miembro al prevenir o minimizar los efectos de una enfermedad o afección. También ayuda a reducir los costos de atención médica. Los programas de manejo de enfermedades no tienen costo para los miembros del CHIP que son elegibles. Puede optar por participar o no participar en cualquiera de nuestros programas de control de enfermedades, en cualquier momento.

¿Qué programas de control de enfermedades están disponibles?
Los miembros del CHIP son elegibles para participar en cualquiera de los siguientes programas de control de enfermedades:

a. Asma
b. Diabetes
c. Hipertensión
d. Obesidad

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** para obtener más información sobre los programas de control de enfermedades disponibles para su hijo. Podemos ayudarlos a usted y a su hijo a aprender a controlar estas afecciones crónicas y a llevar una vida más saludable. Puede obtener información sobre estos programas en su manual para miembros o visitar **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania**.

¿Cómo puedo inscribir a mi hijo en un programa de control de enfermedades?
Como miembro, es elegible para participar. Si se le diagnostica alguna de estas afecciones crónicas, podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto para inscribir a su hijo en un programa de control de enfermedades. El PCP de su hijo también puede solicitar inscribirlo en uno de los programas de control de enfermedades de Aetna Better Health Kids.

Si su hijo no está inscrito actualmente en un programa y usted cree que se beneficiaría de los servicios de control de enfermedades, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

Su membresía en cualquier programa de control de enfermedades es voluntaria. Si en algún momento desea dejar de participar en el programa, simplemente llámenos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

Si no desea participar

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Si nos comunicamos con usted para inscribirlo en alguno de nuestros programas, usted puede rechazarlo. Si ya está en alguno de nuestros programas, puede decidir suspender su participación en cualquier momento llamándonos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Si no desea participar en nuestros programas, continuará recibiendo todos los beneficios cubiertos.

23. Administración de uso

Beneficios médicos	**Se requiere autorización**
Servicios relacionados con el trastorno del espectro autista	Se puede requerir una autorización.
Radiología (tomografía computarizada [CT] y tomografía por emisión de positrones [PET])	Se puede requerir una autorización.
Equipo médico duradero	Se puede requerir una autorización.
Servicios de emergencia	No
Transporte en ambulancia	Sí
Servicios de planificación familiar: OB/GYN	No
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Sí
Farmacia y medicamentos especializados	Sí
Implantes cocleares	Sí
Servicios de salud a domicilio	Sí
Cirugía	Sí
Internaciones en hospitales y centros de atención de enfermería especializada	Sí
Servicios de atención de maternidad	Se puede requerir una autorización.
Alimentos médicos	Sí
Cirugía bucal	Sí

La administración de uso es un proceso que utilizamos para administrar el uso de los servicios médicos. Este proceso nos permite asegurarnos de que su hijo reciba la atención necesaria, adecuada y de alta calidad de una manera rentable. Algunos servicios de beneficios requieren autorización previa para garantizar que se presten los servicios médicamente necesarios.

Puede obtener más información sobre el proceso de uso llamándonos al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. También puede llamarnos para analizar la decisión y ver los criterios utilizados para tomar esa decisión. Aetna Better Health Kids basa sus decisiones de administración de uso en la idoneidad de la atención y los servicios, así como en la existencia de cobertura.

No recompensamos a los profesionales ni a otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Tampoco ofrecemos incentivos financieros a las personas que toman decisiones sobre el uso o la atención que podrían llevar a un uso insuficiente.

Además, no usamos incentivos para fomentar los obstáculos para la atención y el servicio. Aetna Better Health Kids prohíbe tomar decisiones con respecto a la contratación, la promoción o el despido de sus profesionales u otras personas en función de la probabilidad o la probabilidad percibida de que la persona apoye o tienda a apoyar la denegación de beneficios.

A medida que se revisen las políticas y se produzcan cambios, se lo notificaremos por correo, boletines informativos, etc. O bien, puede mantenerse actualizado visitando nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Pennsylvania** para obtener más información sobre las políticas y los procedimientos.

24. Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías

El acceso de los miembros a una atención segura y eficaz es importante para nosotros. Evaluamos de manera rutinaria los nuevos servicios de atención médica, procedimientos, dispositivos y tratamientos con medicamentos para determinar si deben incluirse como un beneficio del CHIP para nuestros miembros. Para ser considerado para la cobertura, el nuevo tratamiento o tecnología debe tener las siguientes características:

a. Debe tener la aprobación final de los organismos reguladores gubernamentales correspondientes, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
b. Debe estar respaldado por evidencia científica publicada que demuestre su valor terapéutico.
c. Debe tener efectos beneficiosos sobre los resultados de salud o los riesgos para la salud.
d. Debe proporcionar un beneficio igual o superior a cualquier alternativa actual.

Estamos comprometidos a evaluar todos los nuevos tratamientos y tecnologías que solicite el médico para la atención de su hijo. Al revisar estas solicitudes, nuestros directores médicos tienen en cuenta la nueva información médica y científica, así como los requisitos gubernamentales aplicables. Tanto usted como el médico de su hijo serán notificados de la decisión de Aetna Better Health Kids.

25. Programa de mejora de la calidad

Contamos con un programa para controlar y mejorar la atención que recibe su hijo como miembro del CHIP. Esto incluye la atención que recibe de proveedores participantes, así como los servicios y otros programas que se ponen a su disposición para usted y su hijo.

Trabajamos con los proveedores participantes para seguir las pautas, los estándares y las regulaciones de las agencias reguladoras y los organismos de acreditación, incluidos los Departamentos de Salud, Seguros y Servicios Humanos de Pensilvania; los Centros Federales de Medicare y Medicaid, y el Comité Nacional de Control de Calidad.

Algunas de las áreas que controlamos como parte de nuestro programa de mejora de la calidad incluyen las siguientes:

a. Acreditación y reacreditación de médicos y otros proveedores
b. Atención médica preventiva y oportunidades para mejorar el bienestar de los miembros

c. Acceso a la atención y satisfacción con la atención
d. Administración de uso

Si desea obtener más información sobre el programa de mejora de la calidad de Aetna Better Health Kids, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Podemos enviarle una descripción del programa y una actualización sobre cómo lo estamos haciendo para cumplir con los objetivos establecidos.

También puede visitar **www.chipcoverspakids.com** para ver los informes anuales de desempeño del CHIP.

26. Privacidad y confidencialidad

Recibirá una copia del aviso de privacidad de Aetna Better Health Kids en su paquete de bienvenida. El aviso también está publicado en el sitio web de Aetna Better Health Kids. Le dice cómo podemos usar su información para las actividades del plan de salud. También explica cómo puede ver sus registros, obtener una copia de ellos o cambiarlos. Su información de salud se conservará de manera privada y confidencial. Se entregará solo si la ley lo permite o si usted nos pide que lo hagamos.

27. Fraude y abuso

Contamos con un número de línea directa que puede utilizar para denunciar a un proveedor médico, centro o empresa por sospecha de fraude o abuso. El número de la línea directa es **1-800-333-0119**. Algunos ejemplos comunes de fraude y abuso son los siguientes:

a. Facturarle o cobrarle por servicios que no se le proporcionaron a su hijo.
b. Ofrecerle regalos o dinero para recibir tratamiento o servicios.
c. Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratuitos a cambio de su número de tarjeta de identificación.
d. Proporcionarle servicios que su hijo realmente no necesita.
e. Abuso físico, mental o sexual por parte del personal médico.

28. Reclamos y quejas

Sus comentarios son importantes para nosotros. Trabajamos continuamente para mejorar la calidad de la atención y el servicio que recibe su hijo. Si en algún momento no está satisfecho con las respuestas de Aetna Better Health Kids o los servicios que recibió su hijo, puede solicitar presentar un reclamo o una queja. La cobertura del Programa de seguro de salud para niños (CHIP) de su hijo no se cancelará porque usted haya presentado un reclamo o una queja.

El proceso de reclamos tiene dos niveles de revisión interna y la oportunidad de apelar la decisión ante las agencias estatales a través de un proceso de revisión externa. El proceso de quejas tiene un nivel de revisión interna y la oportunidad de apelar la decisión ante las agencias estatales a través de un proceso de revisión externa. También existe una revisión de quejas “acelerada” o más rápida para situaciones en las que es necesario tomar una decisión rápidamente debido a la afección médica de su hijo.

En cualquier momento durante el proceso de reclamo o queja, usted tiene derecho a elegir a alguien para que le ayude actuando en su nombre. A esta persona se la llama el “representante del miembro”. Si desea designar a alguien para que sea su representante, debe notificarnos por escrito. Se le enviará un formulario para que lo complete y nos lo devuelva para que podamos

formalizar su solicitud. Puede solicitar que alguien deje de ser su representante o cambiar de representante mediante un reclamo o una queja en cualquier momento, notificando a Aetna Better Health Kids por escrito.

Si su problema se relaciona con una queja, el proveedor de atención médica de su hijo puede, con su consentimiento por escrito, presentar la queja por usted. En cualquier momento durante el proceso de reclamos o quejas, tiene derecho a solicitar que se designe a un empleado de Aetna Better Health Kids para que lo ayude a usted o a su representante a preparar el reclamo o la queja. Este se le proporcionará sin ningún costo para usted. El empleado que será designado no habrá estado involucrado en ninguna decisión que sea objeto de su reclamo o queja y se comprometerá a actuar de manera justa en su nombre.

Cuando presenta su reclamo o queja, tiene derecho a enviar a Aetna Better Health Kids cualquier comentario por escrito, registro, documento u otra información que tenga con respecto a su reclamo o queja. Aetna Better Health Kids se compromete a considerar de manera completa y justa cualquier material que reciba de usted.

Si, en algún momento durante el proceso de reclamo o queja, cree que Aetna Better Health Kids ha clasificado erróneamente un reclamo o una queja, puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pensilvania para conocer su opinión sobre si se trata de un reclamo o una queja. Aetna Better Health Kids respetará su decisión y utilizará el proceso que el Departamento de Salud indique que es el más adecuado.

Si, en algún momento, cree que Aetna Better Health Kids está utilizando requisitos administrativos, plazos u otras tácticas para disuadirlo directa o indirectamente a usted o a su representante de usar el proceso de reclamos o quejas, puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pensilvania para investigar sus inquietudes. La investigación de estas acusaciones no retrasará el procesamiento de su reclamo o queja.

La información de contacto de estos departamentos es la siguiente:
Bureau of Managed Care Pennsylvania
Department of Health/Health & Welfare Building,
Room 912
625 Forster Street
Harrisburg, PA 17120
Número de teléfono: **717-787-5193** o **1-888-466-2787**
Servicio de retransmisión de AT&T: **1-800-654-5984**
Número de fax (TT): **717-705-0947**

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al siguiente número de teléfono gratuito para obtener más información sobre la presentación y el estado de un reclamo o una queja: **1-800-822-2447 (TTY: 711)**.

Llame al **1-800-822-2447(TTY: 711)** si tiene una discapacidad auditiva y llama desde un teléfono TTY.

¿Qué es un reclamo?
Un reclamo se presenta cuando no está satisfecho con la atención o los servicios que un proveedor participante le brinda a su hijo; con asuntos relacionados con los beneficios, incluidas las exclusiones, las limitaciones y los beneficios no cubiertos, o con las políticas de operaciones y administración de Aetna Better Health Kids. Un reclamo no incluye decisiones basadas en la necesidad médica o la idoneidad de un servicio de atención médica para su hijo.

El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle a decidir si su problema es un reclamo o una queja si no está seguro.

¿Qué necesito saber para presentar un reclamo de primer nivel?
Usted o su representante pueden presentar un reclamo de primer nivel llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene una discapacidad auditiva y llama desde un teléfono TTY, enviando un fax al 1-860-754-1757 o enviando una carta a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted o su representante deben presentar su reclamo dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o a partir de la fecha en que recibieron el aviso con la decisión de Aetna Better Health Kids. Aetna Better Health Kids le enviará un aviso por escrito a usted o a su representante para confirmar la recepción de su reclamo.

Un comité de revisión inicial de reclamos de primer nivel revisará e investigará su reclamo. Nadie que haya participado en la toma de la decisión relacionada con el problema estará involucrado.

- Usted y su representante tienen derecho a acceder a toda la información relacionada con el asunto por el que se presenta el reclamo.
- Usted y su representante tienen derecho a proporcionar datos por escrito u otro material que respalde su reclamo.
- Aetna Better Health Kids completará su revisión e investigación del reclamo y tomará su decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción del reclamo.
- Aetna Better Health Kids le notificará por escrito a usted o a su representante la decisión del comité de revisión inicial en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que Aetna Better Health Kids (CHIP) recibió su reclamo. La carta incluirá la decisión que se tomó y el motivo, así como la forma de solicitar una revisión de segundo nivel si no está satisfecho con la decisión tomada.

¿Qué necesito saber para presentar un reclamo de segundo nivel?
Para presentar un re de segundo nivel, su reclamo debe haber pasado primero por el proceso de reclamos de primer nivel.

Usted o su representante pueden presentar un reclamo de segundo nivel llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447** o enviando un fax al 1-860-754-1757. Llame al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** si tiene una discapacidad auditiva y llama desde un teléfono TTY. También puede enviar una carta a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted o su representante deben presentar el reclamo de segundo nivel en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que recibieron el aviso con la decisión del reclamo de primer nivel de Aetna Better Health Kids.

Usted y su representante tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión de segundo nivel. La fecha y hora de la revisión se les proporcionará a usted y a su representante por escrito con al menos 15 días de anticipación a la fecha programada. Se hará todo lo posible para ser razonablemente flexibles en cuanto al tiempo y la distancia del viaje, con el fin de permitirle asistir. Si no puede asistir en persona, tiene derecho a solicitar que se le permita participar por conferencia telefónica. Aetna Better Health Kids completará la revisión de segundo nivel y tomará una decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de una revisión de segundo nivel.

- Aetna Better Health Kids le notificará por escrito a usted o a su representante la decisión del comité de revisión de segundo nivel en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que Aetna Better Health Kids (CHIP) recibió su reclamo. En la carta, se le informará la decisión que se tomó, el motivo y la forma de presentar una apelación ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros si no está satisfecho con la decisión tomada.

¿Qué necesito saber para presentar un reclamo ante el Departamento de Salud?
Para presentar un reclamo ante el Departamento de Salud, su reclamo debe haber pasado primero por los procesos de reclamos de primer y segundo nivel de Aetna Better Health Kids.

Usted o su representante pueden presentar un reclamo enviando una carta a una de las direcciones que figuran a continuación. Si lo desea, puede solicitar presentar el reclamo en un formato alternativo. Se pondrá a disposición personal para transcribir un reclamo oral.

Bureau of Managed Care Pennsylvania Department of Health & Welfare
Building, Room 912
625 Forster Street
Harrisburg, PA 17120
Número de teléfono: **717-787-5193** o **1-888-466-2787**
Servicio de retransmisión de AT&T: **1-800-654-5984**
Número de fax (TT): **717-705-0947**

Su reclamo debe incluir la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono
- El nombre de Aetna Better Health Kids, nombre de su hijo y número de identificación de miembro
- Una breve descripción del problema
- Una copia de la carta de decisión de segundo nivel

¿Qué es una queja?
Una queja es diferente a un reclamo. Se presenta una queja cuando no está de acuerdo con una decisión sobre la necesidad médica y la idoneidad de un servicio de atención médica.

Usted, su representante o un proveedor de atención médica involucrado en la atención de su hijo pueden presentar la queja.

Las quejas siempre son revisadas por un médico o psicólogo certificado que ejerce en la misma especialidad o en una similar que el área de la medicina a la que pertenece su queja. ¿Qué necesito saber para presentar una queja de primer nivel? Usted o su representante deben presentar su queja en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que recibieron el aviso con la decisión de Aetna Better Health Kids.

Usted o su representante pueden proporcionar información adicional para que la revisen y consideren en relación con su caso. Puede presentar una queja de primer nivel enviando una carta a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Las quejas se deben presentar por escrito, a menos que no pueda hacerlo debido a una discapacidad o a un obstáculo relacionado con el idioma. Si este es el caso, puede solicitar que un miembro del personal registre su queja verbal llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** o enviando un fax al 1-860-754-1757. Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que recibió el aviso con la decisión de Aetna Better Health Kids.

Aetna Better Health Kids le enviará un aviso por escrito a usted, a su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o al proveedor de atención médica de su hijo, para confirmar la recepción de su queja.

Un comité de revisión de quejas de primer nivel revisará e investigará su queja. Nadie que haya participado en la toma de la decisión relacionada con el problema estará involucrado.

Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) y el proveedor de atención médica de su hijo, si participaron en la presentación de la queja, tienen derecho a acceder a toda la información relacionada con el asunto por el que se presenta la queja.

Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a proporcionar datos por escrito u otro material que respalde su queja.

Aetna Better Health Kids completará su revisión e investigación de la queja y tomará su decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la queja.

Aetna Better Health Kids le notificará por escrito a usted, a su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o al proveedor de atención médica de su hijo por escrito sobre la decisión del comité de revisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que Aetna Better Health Kids recibió la queja. La carta incluirá la decisión que se tomó y el motivo, así como la forma de solicitar una revisión externa si no está satisfecho con la decisión tomada.

¿Qué necesito saber para presentar una queja externa ante el Departamento de Salud?
Para presentar una solicitud de queja externa, esta debe haber pasado primero por los procesos de quejas de Aetna Better Health Kids. Puede presentar una queja externa enviando una carta a la siguiente dirección:
Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

La solicitud de una queja externa se debe presentar por escrito, a menos que no pueda hacerlo debido a una discapacidad o a un obstáculo relacionado con el idioma.

Si este es el caso, puede solicitar que un miembro del personal registre su solicitud verbal de que se presente una queja externa, llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)**. Su solicitud de una queja externa debe incluir la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- El nombre de Aetna Better Health Kids, nombre de su hijo y número de identificación de miembro.
- Una breve descripción del problema por el que se presenta la queja.
- Una copia de la carta de la queja.

Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o el proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja externa dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha en que recibió el aviso con la decisión sobre la queja de parte de Aetna Better Health Kids.

Dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud de revisión externa de una queja, Aetna Better Health Kids notificará al Departamento de Salud sobre su solicitud de una queja externa y solicitará que se asigne una entidad de revisión de uso certificada (CRE) para realizar una revisión.

Dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud de revisión externa de una queja, el Departamento de Salud asignará una CRE para revisar su queja. Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o el proveedor de atención médica de su hijo serán notificados de la CRE que ha sido asignada para revisar su queja.

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud información sobre la acreditación de la CRE que se le asignó. Si el Departamento de Salud no selecciona una CRE dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud de revisión externa de una queja, Aetna Better Health Kids puede designar una CRE para que realice la revisión de una lista de CRE ya aprobadas por el Departamento de Salud.

Tiene 7 días a partir de la fecha del aviso de la asignación de la CRE para objetar oralmente o por escrito al Departamento de Salud sobre este asunto si cree que existe un conflicto de intereses entre la CRE y Aetna Better Health Kids. Existe un conflicto de intereses si la CRE tiene o está celebrando un contrato con Aetna Better Health Kids.

En un plazo de 15 días a partir de la recepción de la solicitud de revisión externa de una queja, Aetna Better Health Kids enviará el expediente de la queja y todo el material que se considere parte de las dos primeras revisiones. Dentro de este mismo período de 15 días, usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo recibirán la lista de documentos que se enviarán a la CRE para la revisión externa de la queja.

Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o el proveedor de atención médica de su hijo tendrán 20 días a partir de la recepción del aviso de que la solicitud de revisión externa se presentó oficialmente, para proporcionar información adicional a la CRE para que la considere en la revisión externa. Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo también deberán proporcionar copias de esta misma información a Aetna Better Health Kids en este momento.

La CRE asignada revisará y emitirá una decisión por escrito a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la solicitud de revisión externa de la queja. Si se objetó la CRE inicialmente asignada, los 60 días comenzarán a contarse desde el momento en que se acordó la entidad de revisión de la CRE. La carta incluirá la decisión que se tomó y el motivo, y le informará que usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo tienen 60 días a partir de la recepción de la decisión para apelar ante un tribunal de jurisdicción competente si no está satisfecho con la decisión tomada.

¿Qué es una revisión acelerada de una queja?
Una revisión acelerada es un procedimiento que está disponible para usted si la vida, la salud o la capacidad de su hijo para recuperar la función máxima se ponen en peligro por cualquier retraso que pueda ser causado por seguir el proceso de revisión habitual.

¿Qué necesito saber para solicitar una revisión interna acelerada de una queja?
Para solicitar una revisión interna acelerada de una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-822-2447 (TTY: 711)** o envíe un fax al 1-860-754-1757. También puede presentar una solicitud de revisión interna acelerada de una queja enviando una carta a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Para obtener una revisión interna acelerada de una queja, deberá proporcionar a Aetna Better Health Kids una certificación, por escrito, del médico de su hijo de que la vida, la salud o la capacidad de su hijo para recuperar su función máxima se pondrían en peligro por cualquier demora que pueda ser causada por seguir el proceso de revisión habitual. La certificación debe incluir el razonamiento clínico y los hechos para respaldar la opinión del médico. La certificación se puede enviar por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health Kids (CHIP)
ATTN: Complaints and Grievances Department
P.O. Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Usted, su representante y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión interna acelerada de quejas.

Aetna Better Health Kids intentará proporcionar los informes del médico o psicólogo relacionados con su queja antes de la audiencia, si es posible. Si no es posible, los informes se leerán en el registro en la audiencia y se le proporcionará una copia de ellos en ese momento.

La audiencia se realizará dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la solicitud de una revisión interna acelerada de una queja acompañada de una certificación del médico. Se hará todo lo posible para ser razonablemente flexibles en cuanto al tiempo y la distancia del viaje, con el fin de facilitarle la asistencia. Si no puede asistir en persona, Aetna Better Health Kids realizará la audiencia por teléfono y se asegurará de que toda la información presentada en la audiencia se lea en el registro.

Aetna Better Health Kids completará la revisión interna acelerada de la queja y tomará una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la solicitud de revisión interna acelerada de la queja, acompañada de una certificación del médico. Si Aetna Better Health Kids decide que no se justifica una consideración acelerada con la solicitud inicial, haremos todo lo posible para darle un aviso verbal de inmediato de que la decisión sobre la queja se tomará dentro del plazo estándar y no se acelerará. También enviaremos un aviso por escrito dentro de los dos días hábiles posteriores a la decisión de denegar la revisión acelerada.

Aetna Better Health Kids le notificará a usted, a su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o al proveedor de atención médica de su hijo sobre la decisión del comité de revisión interna acelerada de quejas. La notificación incluirá la decisión que se tomó y el motivo, así como el procedimiento para obtener una revisión externa acelerada de la queja si no está satisfecho con la decisión tomada.

¿Qué necesito saber para solicitar una revisión externa acelerada de una queja?
Usted, su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o el proveedor de atención médica de su hijo tendrán 2 días hábiles a partir de la recepción de la decisión de revisión interna acelerada de una queja para comunicarse con Aetna Better Health Kids y solicitar una revisión externa acelerada de la queja.

Dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud de una revisión externa acelerada de la queja, Aetna Better Health Kids enviará una solicitud de revisión externa acelerada de la queja al Departamento de Salud.

El Departamento de Salud asignará una CRE dentro de 1 día hábil a partir de la recepción de la solicitud de revisión externa acelerada de la queja. Aetna Better Health Kids entregará una copia del expediente del caso a la CRE asignada el siguiente día hábil.

La CRE tendrá 2 días hábiles para emitir una decisión a usted, a su representante (con prueba de su autorización por escrito para que el representante participe o actúe en su nombre) o al proveedor de atención médica de su hijo. La notificación incluirá la decisión que se tomó y el motivo, y le informará que usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo tienen 60 días a partir de la recepción de la decisión para apelar ante un tribunal de jurisdicción competente si no está satisfecho con la decisión tomada.

29. Definiciones útiles

“Administración de calidad” es un proceso continuo, objetivo y sistemático de seguimiento, evaluación y mejora de la calidad, idoneidad y eficacia de la atención.

“Administración de la atención” se refiere a la ayuda personalizada que Aetna Better Health Kids pone a su disposición para brindar educación y coordinación de beneficios adaptados a las necesidades individuales de su hijo.

“Afección médica urgente” es una enfermedad, lesión o afección grave que, según los estándares razonables de la práctica médica, se debe diagnosticar y tratar dentro de un período de veinticuatro (24) horas y que, si no se trata, podría convertirse rápidamente en una crisis o una afección médica de emergencia. El término también incluye los servicios que son necesarios para evitar una demora en el alta hospitalaria o la hospitalización.

“Afección preexistente” se refiere a una afección (ya sea física o mental) para la que se recomendó o se recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

“Afiliado” se refiere a cualquier persona, corporación, sociedad, empresa conjunta, fideicomiso, organización o asociación no incorporada, u otra organización similar (“Persona”), que controle, sea controlada por o esté bajo control común con la organización de cuidado administrado (MCO) o sus matrices, ya sea que dicho control sea directo o indirecto. Sin limitación, todos los funcionarios o personas que posean el cinco por ciento (5%) o más de las participaciones de propiedad en circulación de la MCO o de sus matrices, los directores o las subsidiarias de la MCO o de sus matrices son afiliados. A los efectos de esta definición, “control” significa la posesión, directa o indirecta, del poder (ya sea que se ejerza o no) para dirigir o causar la dirección de la administración o las políticas de una Persona, ya sea mediante la propiedad de valores con derecho a voto, otras participaciones de propiedad o por contrato u otros medios, incluidos, entre otros, el poder de elegir a la mayoría de los directores de una corporación o a los fideicomisarios de un fideicomiso.

“Año calendario” hace referencia a un período de un año que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

“Año de beneficios” es el período de tiempo especificado durante el que se debe incurrir en cargos por servicios cubiertos para ser elegible para el pago por parte de Aetna Better Health Kids. Se considera que se incurrió en un cargo en la fecha en que se proporcionó el servicio o suministro al miembro. Los límites de beneficios se pueden calcular en función de un año de beneficios o un año de póliza, es decir, el período de un año que comienza con la inscripción de su hijo en el CHIP.

“Apelación” significa presentar un reclamo, una queja o una solicitud de revisión externa.

“Área de cobertura” se refiere al área geográfica en la que la MCO tiene un contrato para brindar servicios de atención médica a los miembros.

“Área de servicio” se refiere a la región geográfica en la que debe vivir un miembro.

“Asistencia médica” es el Programa de asistencia médica autorizado por el título XIX de la Ley federal del Seguro Social, codificado en el título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), secciones 1396 y siguientes, y sus reglamentaciones; así como conforme al título 62 de los P.S., secciones 441.1 y siguientes, y las reglamentaciones del título 55 del Código de Pensilvania, capítulos 1101 y siguientes.

“Atención de relevo” se refiere a los cuidados paliativos que se brindan en un entorno fuera del hogar del miembro, con el fin de proporcionar un breve intervalo de alivio al cuidador principal del miembro, que suele ser un miembro de la familia.

“Atención de rutina” se refiere a la atención de afecciones que, por lo general, no requieren atención inmediata, y de enfermedades ocasionales menores que no se consideran urgentes. Esta atención puede conducir a la prevención o a la detección temprana y al tratamiento de las afecciones. Algunos ejemplos de atención preventiva y de rutina son las vacunas, las pruebas de detección y los exámenes físicos.

“Atención paliativa” hace referencia a cualquier forma de atención o tratamiento médico que se concentre en reducir la gravedad de los síntomas de la enfermedad, en lugar de intentar detener, retrasar o revertir la progresión de la enfermedad en sí o proporcionar una cura. El objetivo es prevenir y aliviar el dolor y el sufrimiento.

“Atención simultánea” se refiere a los servicios prestados en un entorno para pacientes internados por un proveedor que no está a cargo del caso, pero cuyas habilidades particulares se requieren para el tratamiento de afecciones complicadas.

“Autorización previa” se refiere al proceso por el que Aetna Better Health Kids aprueba los servicios antes de que el miembro reciba un servicio o tratamiento cubierto por parte de determinados especialistas o proveedores no participantes.

Si se requiere autorización previa, por lo general, excepto en el caso de una emergencia médica o dental, las reclamaciones por estos servicios no se pagarán, a menos que la autorización previa se obtenga antes de la fecha del servicio.

“Autorización” significa la aprobación de un servicio.

“Beneficios” son servicios, procedimientos y medicamentos que Aetna Better Health Kids cubrirá.

“Cancelación de la inscripción” significa cancelar su membresía en el CHIP de Aetna Better Health Kids.

“Características demográficas” son las estadísticas sociales sobre los solicitantes, miembros y adultos que incluyen la raza, la fecha de nacimiento, los ingresos del hogar, el origen étnico, el sexo, el condado de residencia, el estado civil y la ocupación.

“CHIP de bajo costo” se refiere a la cobertura médica proporcionada a un niño elegible cuyo ingreso familiar es superior al 208% y menor o igual al 314% del FPL, y por la que el adulto responsable debe pagar una prima de costos compartidos establecida por el departamento.

“CHIP de costo total” se refiere a la cobertura médica proporcionada a un niño elegible cuyo ingreso familiar es superior al 314% del FPL. Un miembro o adulto es responsable del costo total de la prima.

“CHIP gratis” se refiere a la cobertura médica proporcionada a un niño elegible cuyo ingreso familiar es menor o igual al 208% del nivel federal de pobreza (FPL).

“Cirugía” es la realización de procedimientos quirúrgicos y de incisión generalmente aceptados, incluidos los instrumentos especializados, las endoscopias y otros procedimientos.

“Competencia cultural” es la capacidad de las personas, tal como se refleja en la capacidad de respuesta personal y organizacional, para comprender las características sociales, lingüísticas, morales, intelectuales y conductuales de una comunidad o población, y aplicar sistemáticamente ese conocimiento para mejorar la eficacia en la prestación de servicios de atención médica a poblaciones diversas.

“Consentimiento informado” es el consentimiento que usted da para permitir el tratamiento médico, realizado con pleno conocimiento de todos los hechos relevantes, incluidos los riesgos involucrados y las alternativas disponibles.

“Control de enfermedades” significa un enfoque de tratamiento integrado que hace lo siguiente:

- Incluye la colaboración y coordinación de los sistemas de prestación de atención al paciente.
- Se enfoca en mejorar de manera medible los resultados clínicos para una afección médica en particular mediante el uso de recursos clínicos apropiados, como la atención

preventiva, las pautas de tratamiento, el asesoramiento para el paciente, la educación y la atención para pacientes externos.
- Incluye la evaluación de la idoneidad del alcance, el entorno y el nivel de atención en relación con los resultados clínicos y el costo de una afección en particular.

"Copago" hace referencia a un monto fijo que paga un miembro a un proveedor por un servicio de atención médica cubierto. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

"Costos compartidos" se refiere a las primas, las contribuciones y los copagos que el hogar de un miembro es responsable de pagar.

"Criterios de revisión de uso" son estándares detallados, pautas, algoritmos de decisión, modelos o herramientas de información que describen los factores clínicos que se considerarán relevantes para tomar determinaciones de necesidad médica, incluidos, entre otros, el nivel de atención, el lugar del servicio, el alcance del servicio y la duración del servicio.

"Cuidado asistencial" se refiere a los servicios para brindar ayuda a una persona para las actividades de la vida diaria, como para caminar, bañarse, vestirse y alimentarse. Por lo general, implica la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico capacitado y preparado.

"Denegación administrativa" se refiere a una determinación adversa de beneficios de autorización previa, cobertura o pago basada en la falta de elegibilidad, la falta de presentación de información completa u otro incumplimiento de una política administrativa. El término no incluye una determinación adversa de beneficios sujeta a una revisión externa.

"Directorio de proveedores" es una lista de proveedores que participan en Aetna Better Health Kids para ayudar a atender las necesidades de atención médica de los miembros.

"Discriminación" hace referencia a desalentar la inscripción o tratar a los miembros de manera diferente por motivos de raza, color, credo, sexo, religión, edad, nacionalidad, ascendencia, estado civil, orientación sexual, idioma, estado de salud, enfermedad o afección preexistente, necesidad anticipada de atención médica o discapacidad física o mental, excepto cuando se indique médicamente.

"Disputa del proveedor" se refiere a una comunicación escrita a la MCO, realizada por un proveedor, en la que se expresa su insatisfacción con la decisión de la MCO que lo afecta directamente. Esto no incluye las decisiones relacionadas con la necesidad médica.

"Enfermedad terminal" significa una afección médica incurable e irreversible en un estado avanzado que, según la opinión de un médico, en última instancia provocará la muerte de un miembro, independientemente de los tratamientos médicos que se proporcionen.

"Enlace con el gobierno" hace referencia al principal punto de contacto del departamento dentro de la MCO. Esta persona actúa como el administrador diario de los acuerdos y los problemas operativos y trabaja dentro de la MCO y con el departamento para facilitar el cumplimiento, resolver problemas e implementar medidas correctivas.

"Especialista" se refiere a un médico u otro proveedor de atención médica que tiene una capacitación específica y detallada en un campo médico especializado.

“Fecha de entrada en vigencia” se refiere a la fecha en que comienza la cobertura de un miembro, como figura en los registros de Aetna Better Health Kids.

“Fecha de inicio” se refiere a la primera fecha en la que la MCO es responsable desde el punto de vista operativo y financiero de la prestación de servicios médicamente necesarios a los miembros.

“Finalización” hace referencia a la interrupción de la inscripción en el CHIP para un miembro que había estado inscrito previamente y que ha finalizado la relación con una MCO aprobada por uno de los motivos mencionados en este manual.

“Formulario de medicamentos” se refiere a una lista de los suministros y medicamentos con receta preferidos cubiertos por Aetna Better Health Kids. El formulario de medicamentos de Aetna Better Health Kids está disponible si lo solicita.

“Fraude” significa una acción deshonesta, es decir, hacer, a sabiendas o intencionalmente, una declaración o un acto falso, engañoso o incompleto.

“Hospitalización” es la atención brindada en un hospital que requiere admisión como paciente internado en un hospital autorizado.

“Hospitalización parcial” es a la prestación de servicios médicos, de enfermería, de asesoramiento o terapéuticos de forma planificada y programada de forma regular en un hospital o centro no hospitalario autorizado como programa de tratamiento de salud mental o de abuso de alcohol o drogas por el Departamento de Salud de Pensilvania, diseñado para un miembro que se beneficiaría de servicios más intensivos que los que se ofrecen en el tratamiento para pacientes externos, pero que no requiere atención para pacientes internados.

“Identificación del Sistema electrónico de información de administración de operaciones y reembolsos a proveedores (PROMISe™)” es un número de 13 dígitos que consiste en una combinación del número base de proveedor del índice maestro de proveedores (MPI) de 9 dígitos y un número de ubicación de servicio de 4 dígitos.

“Índice maestro de clientes (MCI)” es el identificador del solicitante que se asigna a través de múltiples sistemas de la mancomunidad.

“Limitaciones” se refiere a la frecuencia máxima, las restricciones de edad o los límites monetarios asociados con un servicio cubierto.

“Lista de medicamentos preferidos” es una lista de medicamentos para pacientes externos aprobados por el departamento y designados como productos preferidos porque el Comité de Farmacia y Terapéutica de la MCO determinó que tienen una ventaja terapéutica significativa y clínicamente relevante en términos de seguridad, eficacia y costo para los miembros de la MCO.

“Medicamento para pacientes externos” es un medicamento de marca, un medicamento genérico o un medicamento de venta libre (OTC) que tiene las siguientes características:

- Está aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.
- Solo se puede dispensar con una receta médica en el CHIP.
- Ha sido recetado u ordenado por un profesional que receta con licencia dentro del alcance de la práctica del profesional que receta.
- Se dispensa o administra en un entorno para pacientes externos. El término incluye productos biológicos e insulina.

“Médico de atención primaria” se refiere a un médico que supervisa, coordina y proporciona atención inicial y servicios médicos básicos como médico general o de atención familiar o, en algunos casos, como internista o pediatra a un miembro. En determinadas circunstancias, un especialista puede actuar como el PCP del miembro si el niño tiene necesidades especiales significativas o determinados diagnósticos.

“Mejora sostenida” significa una mejora en el desempeño documentada a través de la medición continua de los indicadores de calidad después de que se completa el proyecto de desempeño, el estudio o la iniciativa de calidad.

“Miembro” es un niño que cumple con las calificaciones para la elegibilidad para el CHIP y está inscrito en Aetna Better Health Kids.

“Necesidad médica” significa que un servicio o beneficio es médicamente necesario si es compensable conforme al Programa CHIP y si cumple con cualquiera de los siguientes estándares:

- El servicio o beneficio prevendrá, o se espera razonablemente que lo haga, la aparición de una enfermedad, afección o discapacidad.
- El servicio o beneficio reducirá o mejorará, o se espera razonablemente que lo haga, los efectos físicos, mentales o del desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad.
- El servicio o beneficio ayudará al miembro a alcanzar o mantener la máxima capacidad funcional en la realización de las actividades diarias, teniendo en cuenta tanto la capacidad funcional del miembro como aquellas capacidades funcionales que son adecuadas para miembros de la misma edad.

“Niño elegible” significa un niño que se ha determinado que cumple con todas las calificaciones para la elegibilidad para el CHIP.

“Niño” significa una persona menor de diecinueve (19) años de edad.

“Número de referencia de la reclamación” es un identificador único asignado a un proveedor de un servicio o producto médico por el CHIP.

“Oficina de Asistencia del Condado (CAO)” se refiere a las oficinas del departamento en los condados que administran todos los programas de beneficios, incluido el CHIP, a nivel de condado. El personal del departamento en estas oficinas realiza las funciones necesarias, como determinar y mantener la elegibilidad de los miembros.

“PCP” significa médico de atención primaria.

“Período de inscripción” se refiere a los doce (12) meses calendario consecutivos en los que un niño elegible recibe servicios.

“Plan” hace referencia a Aetna Better Health Kids.

“Posparto” se refiere al período de 12 meses que comienza al final del embarazo.

“Procedimiento estético” significa un procedimiento médico o quirúrgico que se realiza para mejorar la apariencia de cualquier parte del cuerpo y del cual no se puede esperar ninguna mejora en la función fisiológica.

“Procedimiento reconstructivo/cirugía” se refiere a los procedimientos, incluidos los procedimientos quirúrgicos, realizados en una parte del cuerpo para restaurar o establecer una

función corporal satisfactoria o corregir una deformidad funcionalmente significativa causada por una enfermedad, un traumatismo o un proceso terapéutico previo.

"Profesional en enfermería certificado" hace referencia a una persona con licencia según las leyes de la mancomunidad dentro del alcance del capítulo 7 de Profesiones y Ocupaciones, título 63 de los Estatutos de Pensilvania (P.S.), secciones 218.1 a 218.3.

"PROMISe™" se refiere al sistema actual de administración y procesamiento de reclamaciones del Sistema de información de gestión de Medicaid (MMIS) del departamento, que respalda los programas de prestación de servicios del CHIP, de pago por servicio (FFS) y de cuidado administrado de MA.

"Proveedor" es un profesional en medicina, como un médico, enfermero, asesor o fisioterapeuta.

"Proveedor no participante" es un proveedor de servicios cubiertos que no ha celebrado un acuerdo contractual con Aetna Better Health Kids. Excepto en caso de emergencia, es posible que se requiera una autorización previa de Aetna Better Health Kids antes de que un miembro reciba servicios cubiertos de un proveedor no participante, independientemente del tipo de servicio prestado.

"Proveedor participante" se refiere a un proveedor de servicios cubiertos que ha celebrado un acuerdo contractual con Aetna Better Health Kids para brindar atención o suministros a los miembros.

"Queja externa" se refiere a una revisión realizada por el Departamento de Seguros de Pensilvania (PID) que ocurre después del agotamiento del proceso interno o de quejas de la MCO.

"Recién nacido" hace referencia a un bebé desde el nacimiento hasta un (1) mes de edad.

"Reclamación modificada" se refiere a una solicitud del proveedor para ajustar el pago de una reclamación previamente adjudicada. Una apelación ante un proveedor no es una reclamación modificada.

"Remisión" es una forma especial de autorización previa que se utiliza para permitir que el miembro solicite los servicios de un especialista. Aetna Better Health Kids no requiere remisiones para consultar a ningún especialista que participe en la red. Le recomendamos que siempre coordine la atención con su PCP.

"Revisión de calidad externa" se refiere a un requisito, conforme a la sección 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), sección 457.1250, para que un organismo de revisión externo e independiente realice una revisión anual de la calidad de los servicios prestados por las MCO, incluida la evaluación de los resultados de calidad, la puntualidad y el acceso a los servicios.

"Revisión de elegibilidad" se refiere a la revisión de una decisión sobre la elegibilidad que haya dado lugar a la denegación o la finalización de la cobertura, a cambios en la categoría presupuestaria o a la falta de una determinación oportuna de la elegibilidad.

"Secretario" hace referencia al secretario del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania.

"Servicio cubierto" se refiere a un servicio o suministro especificado en este manual por el cual se proporcionarán beneficios.

“Servicios autorremitidos” se refiere a servicios que no presta el PCP de un miembro, pero que no requieren autorización previa ni una remisión para recibirlos.

“Servicios cubiertos fuera del área” se refiere a los servicios médicos prestados a un miembro en una o más de las siguientes circunstancias:

- Una afección médica de emergencia ocurre mientras se encuentra fuera del área de cobertura de la MCO.
- La salud de un miembro correría peligro si regresara al área de cobertura de la MCO para recibir los servicios que necesita.
- El proveedor se encuentra fuera del área de cobertura de la MCO de un miembro, pero regularmente brinda servicios médicos a los miembros a pedido de la MCO.
- Los servicios médicos necesarios no están disponibles en el área de cobertura de la MCO. “Gastos de bolsillo” son las primas y los copagos en el punto de servicio que paga la familia a las MCO o a los proveedores en nombre del miembro en una categoría de costo bajo o total del CHIP, únicamente para los beneficios y servicios cubiertos por el CHIP.

“Servicios de administración de casos” se refiere a los servicios que ayudan a las personas con afecciones crónicas y complejas a obtener acceso a los servicios médicos, de salud conductual, educativos y de otro tipo que sean necesarios.

“Servicios de atención médica” se refiere a cualquier tratamiento, admisión, procedimiento, suministros y equipos médicos u otros servicios cubiertos, recetados o proporcionados de otro modo, o que se proponga proporcionar, un proveedor a un miembro para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la cura o el alivio de una afección de salud, enfermedad o lesión, conforme a los términos del plan estatal del CHIP, el acuerdo y el manual de procedimientos del CHIP.

“Servicios de emergencia” se refiere a los servicios cubiertos para pacientes internados y pacientes externos que son proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar los servicios y son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

“Servicios de enfermería especializada” se refiere a los servicios prestados por enfermeros con licencia.

“Servicios de habilitación” se refiere a los servicios de atención médica que ayudan a un miembro a conservar, aprender o mejorar sus habilidades y funciones para la vida diaria. Algunos ejemplos son el tratamiento para un miembro que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje y otros servicios para miembros con discapacidades en diversos entornos para pacientes externos.

“Servicios dentro del plan” se refiere a los servicios que son responsabilidad de pago de la MCO en virtud del CHIP.

“Servicios de posestabilización” son los servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se brindan después de que un miembro se estabiliza, con el fin de mantener la afección estabilizada o, en las circunstancias descritas en el acuerdo, según lo modificado y la información presentada en este Manual, para mejorar o resolver la afección de un miembro.

“Sistema electrónico de información de clientes (eCIS)” se refiere a la base de datos del Departamento de beneficiarios de asistencia médica (MA) y miembros del CHIP. La base de datos contiene información demográfica y de elegibilidad de todos los beneficiarios de MA y miembros del CHIP.

“Solicitante” hace referencia a un niño que ha presentado una solicitud o a una persona que tiene una solicitud presentada en nombre del niño.

“Trastorno por abuso de sustancias” significa cualquier consumo de alcohol u otras drogas que produzca un patrón de consumo patológico y que cause un deterioro en el funcionamiento social u ocupacional o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o la abstinencia.

“Tratamiento de infusión en el hogar” hace referencia a la administración de soluciones parenterales, enterales e intravenosas, que se proporcionan en el hogar.

“Tratamiento escalonado” se refiere a un tipo de requisito de autorización previa, a veces denominado requisito de fracaso previo, destinado al ahorro de costos, en el que se comienza el tratamiento farmacológico con la opción más asequible y luego se avanza hacia otros tratamientos más costosos que se determinen como médicamente necesarios.

“Tratamiento” se refiere a la atención que recibe un miembro de parte de los proveedores.

“Unidad del Departamento de Servicios para Miembros (MSU)” es una unidad dentro de la Oficina del CHIP que proporciona orientación técnica y apoyo operativo para el mantenimiento de los registros de los miembros. Proporciona atención al cliente a través de llamadas entrantes y salientes.

“Unidad mejorada del Departamento de Servicios para Miembros” es una unidad especial dedicada dentro de la estructura organizativa de la MCO, establecida para tratar asuntos relacionados con los miembros con necesidades especiales.

Apéndice I

Referencias de ensayos clínicos

Un ensayo clínico de fase I, II, III o IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento de un cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que se describe en cualquiera de los siguientes términos:

A. Ensayos financiados con fondos federales: El estudio o la investigación se aprueban o financian (lo que puede incluir la financiación a través de contribuciones en especie) por una o más de las siguientes entidades:
   1. Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH).
   2. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
   3. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ).
   4. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
   5. El grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades que se mencionan en los puntos 1 a 4 anteriores, del Departamento de Defensa (DOD) o del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
   6. Cualquiera de los siguientes, si se cumplen las condiciones para los departamentos:
      a. El VA.
      b. El DOD.
      c. El Departamento de Energía (DOE), siempre que la investigación o el estudio realizado por un departamento haya sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión de pares que el secretario determine que (A) sea comparable al sistema de revisión de pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud y (B) asegure una revisión imparcial con los más altos estándares científicos por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.

B. El estudio o la investigación se realiza en el marco de una solicitud de un medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

C. El estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que está exento de tener una solicitud de medicamento nuevo en investigación.

   La cita de referencia es la sección 300gg-8 del título 42 del U.S.C. El estatuto requiere que el emisor proporcione cobertura para los costos de atención de rutina al paciente para las personas calificadas que participen en ensayos clínicos aprobados y el emisor “no puede negar la participación individual en el ensayo clínico”.

   En caso de no cumplir con los criterios mencionados anteriormente, el ensayo clínico debe ser aprobado por la organización para el mantenimiento de la salud (HMO)/organización de proveedores preferidos (PPO) como un ensayo clínico calificado.

Costos de rutina del paciente asociados con ensayos clínicos calificados

Se proporcionan beneficios para los costos de rutina del paciente asociados con la participación en un ensayo clínico calificado. Para garantizar la cobertura y el procesamiento adecuado de las reclamaciones, se debe notificar a Aetna Better Health con anticipación sobre la participación del miembro en un ensayo clínico calificado.

Los beneficios se pagan si el ensayo clínico calificado es realizado por un proveedor profesional participante y se realiza en un centro de un proveedor participante Si no se realiza un ensayo clínico calificado comparable con un proveedor profesional participante y en un centro de un proveedor participante, entonces Aetna Better Health considerará cubiertos los servicios prestados por un proveedor no participante que participe en el ensayo clínico, siempre que Aetna Better Health considere que el ensayo clínico es un ensayo clínico calificado.

Los costos de rutina del paciente incluyen todos los productos y servicios consistentes con la cobertura proporcionada por este plan que habitualmente están cubiertos para una persona calificada que no está inscrita en un ensayo clínico.

Aviso de no discriminación

Aetna Better Health® Kids cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género sexual, expresión o identidad de género u orientación sexual. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género sexual, expresión o identidad de género, orientación sexual o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna Better Health Kids:

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

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

Si considera que Aetna Better Health Kids no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género sexual, expresión o identidad de género, orientación sexual, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles de las siguientes formas:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
PO Box 818001
Cleveland, OH 44181-8001
Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**
Correo electrónico:
MedicaidCRCoordinator@aetna.com

The Bureau of Equal Opportunity, Room 223
Health and Welfare Building
PO Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Teléfono:
717-787-1127 (TTY/retransmisión PA: 711)
Fax: **717-772-4366**
Correo electrónico: **RA-PWBEOAO@PA.gov**

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

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

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

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

Aetna Better Health® Kids