

1 de enero – 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Better Health of Virginia [HMO D-SNP]).

Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.

Este documento está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt

Este documento está disponible sin cargo en árabe.

يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario o la red de farmacias o de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda. Y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-855-463-0933, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros pueden tener la opción de registrarse para la entrega automática de pedidos por correo.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La elegibilidad para los programas de modelo de beneficios o recompensa e incentivos (RI) según el modelo de diseño de seguros basado en valores (VBID) no está asegurado y Aetna lo determinará luego de la inscripción, según criterios relevantes (p. ej., diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de control de enfermedades estatal).

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Aetna, CVS Pharmacy® y MinuteClinic, LLC (que opera o proporciona determinados servicios de apoyo de administración a puestos de asistencia médica básica de MinuteClinic) forman parte de la familia de compañías de CVS Health®.

Índice**Evidencia de cobertura para 2024****Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1	<i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1	Introducción.....	7
SECCIÓN 2	¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?.....	8
SECCIÓN 3	Documentación importante de membresía que recibirá.....	10
SECCIÓN 4	Los costos mensuales de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).....	12
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	14
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	14
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	15
Capítulo 2	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1	Contactos de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros).....	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	23
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	24
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	25
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	25
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.....	26
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	28
Capítulo 3	<i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	29
SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	30
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....	31
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre.....	34
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	37
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	37
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	39
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero.....	39
Capítulo 4	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	41

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	42
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto.....	42
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de la cobertura de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)?.....	90
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	90
Capítulo 5	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.</i>	95
SECCIÓN 1	Introducción.....	96
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	96
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos”.....	99
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos.....	101
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?.....	102
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?.....	103
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	105
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta.....	106
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	107
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.....	107
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos.....	109
Capítulo 6	<i>Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D.</i>	111
Capítulo 7	<i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i>	113
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	114
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	115
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	116
Capítulo 8	<i>Sus derechos y responsabilidades.</i>	117
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	118
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	124
Capítulo 9	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos).</i>	126
SECCIÓN 1	Introducción.....	127
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	127
SECCIÓN 3	Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan.....	128
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	128
SECCIÓN 5	Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	128
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	131

Índice

SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	140
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	147
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto.....	153
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	158
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	160
Capítulo 10	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	165
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	166
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	166
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	169
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	170
SECCIÓN 5	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	170
Capítulo 11	<i>Avisos legales</i>	173
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	174
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	174
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	174
SECCIÓN 4	Aviso sobre recuperación de pagos en exceso.....	176
SECCIÓN 5	Determinaciones nacionales de cobertura.....	176
Capítulo 12	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	177

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción**

Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
-------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están destinados a personas con necesidades especiales de atención médica. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) está destinado a personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para pagar su costo compartido de la Parte A y Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede brindarle otros beneficios, como la cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta que, por lo general, no están cubiertos por Medicare. También recibirá una “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que usted obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago, a los que tiene derecho.

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es administrado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con Cardinal Care para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué se trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i> ?
-------------	---

Esta *Evidencia de cobertura* describe cómo obtener atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está en vigor para los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. Después del 31 de diciembre de 2024, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus calificaciones para elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- y -- También, vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran habitantes del área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- -- y -- Cumple con la calificación para elegibilidad específica descrita a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe pertenecer a una de las siguientes categorías de elegibilidad de Medicaid: **QMB Plus**, **SLMB Plus**, y **FBDE**. Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en 6 meses, sigue siendo elegible para la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante un período

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de elegibilidad considerada continua).

Sección 2.2	¿Qué es Medicaid?
-------------	-------------------

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos de atención médica y a largo plazo a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del Gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare y posiblemente la parte A. Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.

Una “doble elegibilidad con beneficios completos” es una persona que:

- Tiene Medicare
- Tiene Medicaid completo. Medicaid es un programa que se ofrece a personas que cumplen los ingresos y las calificaciones de activos.
- No reúne los requisitos para el Programa de ahorros de Medicare (QMB, SLMB, QI, QDWI).

Algunos individuos también pueden reunir los requisitos para Medicaid por otros motivos, como tener una discapacidad o tener el ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI). Para las personas que tienen Medicare, Medicaid puede pagar parte o la totalidad de lo siguiente:

- Primas mensuales de Medicare para la Parte A y la Parte B

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)
-------------	---

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de:

Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland,

Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York.

Si tiene pensado mudarse a otro estado, debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar si este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el **Anexo A** en la contraportada de este documento.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

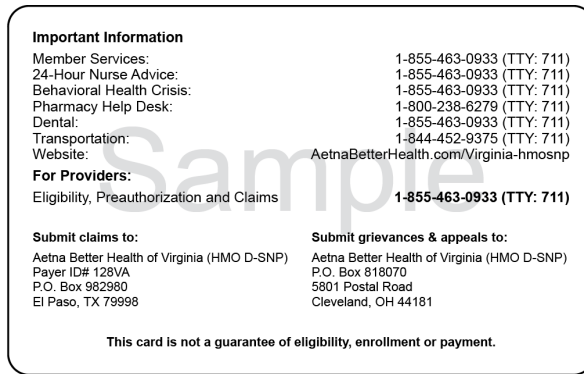
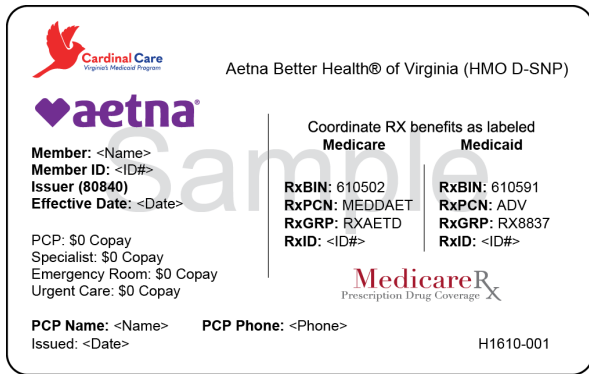
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
-------------	---

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan
-------------	--------------------------------

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), deberá pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias de la red.

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lado sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es poco razonable o no puede obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia (electrónica o impresa) del Departamento de Servicios para Miembros. La solicitud de una copia impresa de los Directorios de proveedores se le enviará por correo en el plazo de tres días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/find-provider).

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la “Lista de medicamentos” de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

La “Lista de medicamentos” también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, con el fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener la elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la LEP no se aplica para usted siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad. De perderlo, es posible que deba pagar una LEP. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), le haremos saber el monto de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que la cobertura estándar del plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: Tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el año 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondeado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea en \$4.90. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante

pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferrovianos o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O bien, debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes (IPA). Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan. Una IPA, o asociación de médicos independientes, es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que están fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o

empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted, su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo, como los siguientes:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan
Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para las decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-833-280-5224
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-877-270-0148
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Método	Información de contacto para las apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para las apelaciones sobre la atención médica
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 New Albany, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-877-270-0148
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Part D Appeals Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pida que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por los servicios (como una factura de un proveedor) que usted considera que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura al proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (también denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Consulte el **Anexo A** en la contraportada de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud de su estado.

SHIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

de Medicare. También pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Consulte el **Anexo A** en la contraportada de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de la Organización para la mejora de la calidad de su estado.

La Organización para la mejora de la calidad (QIO) está equipada con un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. La QIO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con la QIO si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas tareas comerciales durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Los siguientes Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con recursos limitados:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare y posiblemente la parte A. Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con Cardinal Care.

El programa del defensor del pueblo ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

El programa del defensor del pueblo para atención a largo plazo (LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Consulte el **Anexo A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de Cardinal Care y los programas del defensor del pueblo de su estado.

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

ingresos limitados, también existen otros programas que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (aplicaciones), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 08:00 a. m. y las 07:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o bien
- Oficina de Medicaid de su estado (consulte el **Anexo A** de este documento para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya las tiene. Puede enviarnos la documentación de evidencia mediante cualquiera de las siguientes formas de contacto:

Método	Información de contacto para enviar la mejor evidencia disponible
ESCRIBA A	Best Available Evidence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
FAX	1-855-259-2087
CORREO ELECTRÓNICO	BAE/LISmailbox@aetna.com

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de su estado (los números de teléfono se encuentran en el **Anexo A** en la contraportada de este documento).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al

contacto de ADAP en su estado. (Consulte el **Anexo A** en la contraportada de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del ADAP de su estado).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) de 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 3

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la Tabla de beneficios del Capítulo 4 a continuación (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamento con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizarán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los que cubre Original Medicare (consulte la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), por lo general, cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones:*

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa “servicios de atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga el plan para diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de la red habitual para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención
-------------	---

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

Como miembro de nuestro plan, **debe tener un PCP de la red asignado en nuestros registros**. Es muy importante que elija un PCP de la red y que nos informe a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP (o el consultorio del PCP) figurará en su identificación de miembro. Si la identificación de miembro no muestra un PCP (o consultorio de un PCP), o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato. Si usa un PCP cuyo nombre (o nombre del consultorio) no está impreso en su identificación de miembro, sus reclamaciones pueden denegarse.

Según dónde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Geriatra
- Auxiliar médico (no disponible en todos los estados)
- Profesional en enfermería (no disponible en todos los estados)

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider) para obtener una lista completa de los PCP en su área.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, coordinarán su atención con otros proveedores. Lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre algunos de los servicios que el PCP coordinará, se incluyen los siguientes:

- radiografías
- análisis de laboratorio
- terapias
- atención de médicos especialistas
- internaciones en hospitales

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar con otros proveedores del plan la atención que recibe y cómo evoluciona. Dado que el PCP brindará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa? En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una “autorización previa”). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en el Capítulo 4.

Cómo elegir al PCP

Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias* accediendo a nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Si no seleccionó un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento; para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Comuníquese con nosotros de inmediato si su identificación de miembro no muestra el PCP que desea utilizar. Actualizaremos su archivo y le enviaremos una nueva identificación de miembro que refleje el cambio de PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros **antes** de coordinar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). También verificará si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este.

También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se abasten de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia están cubiertos los servicios que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es necesario comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en casos de enfermedad específica o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, encontrará algunos ejemplos, como los siguientes:

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

¿Cuál es la función del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.

Es posible que su PCP lo remita a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión.

Proceso para obtener una autorización previa

En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan, deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que recibe dentro de la red (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le

proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.

- Le enviaremos un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted tiene asignado ese proveedor, actualmente recibe atención de ese proveedor o consultó a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si en este momento está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención proporcionada por proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, es posible que rechacemos la cobertura y será responsable de pagar el costo completo. *Existen tres excepciones:*

- El plan cubre los cuidados de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber lo que significa “atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, si se aprueba la atención, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización, con el fin de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Debe pedirle al proveedor fuera de la red que nos facture a nosotros primero. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que considera que nosotros debemos pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 3.1

Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad o del cuerpo, o sufrir una discapacidad corporal grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en su tarjeta de identificación de miembro encontrará impresos los números de teléfono).

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

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios**¿Qué son los servicios de urgencia?**

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, dada sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de atención de urgencia dentro de la red que esté cerca suyo en el *Directorio de proveedores y farmacias*, en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/find-provider), o bien, puede recibir ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si durante un desastre no puede consultar con un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal y como se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o los servicios obtenidos fuera de la red no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si el servicio está cubierto.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague por servicios después de haber alcanzado un límite de beneficios no se contempla para su costo máximo de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los datos del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro

plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe o que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados en virtud de determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y ensayos sobre dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos avise con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que recibe en estudio de investigación clínica.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los productos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde podrá leer o descargar la publicación Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- El tratamiento o la atención médica que **no estén exceptuados** hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - *Además*, debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Pueden aplicarse límites en la cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes internados (consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye productos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como

dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) en determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del producto de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Si realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare, no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el producto.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2

Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le obliga a pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

Capítulo 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

En este capítulo, se incluye una Tabla de beneficios médicos, en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1	No debe pagar nada por los servicios cubiertos
-------------	--

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir su atención).

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?
-------------	--

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo. No es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es **\$8,850**.

Los montos que paga por los copagos y los coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos que paga de su bolsillo de **\$8,850**, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
-------------	--

En la tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se detallan los servicios que cubre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se cubra la atención de urgencia o a menos que su plan o proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados con una nota en la Tabla de beneficios médicos.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos los pagos de las primas de las Partes A y B de Medicare, los deducibles, el coseguro y los copagos (excepto los de la Parte D de Medicare), según la elegibilidad para el Programa de ahorro para gastos médicos. Medicaid también podría cubrir servicios que Medicare no cubre, como servicios de atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted para 2024)*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Si usted pierde la elegibilidad de Medicaid o del Programa de ahorros de Medicare, entrará en el período de estimación. El período de estimación comienza el primer día del mes posterior a perder su estatus de doble elegibilidad. Si se encuentra en el período de elegibilidad considerada continua, sigue siendo miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Sin embargo, durante este período, es posible que deba pagar algunos costos de su bolsillo que antes corrían a cargo de sus beneficios de Medicaid.

Entre los costos que es posible que deba afrontar, se incluyen las primas de la Parte A y la Parte B, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Es posible que también tenga que pagar las primas o los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D, según el nivel que tenga de “Ayuda adicional”. Por último, es posible que usted sea responsable del costo compartido, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles durante el período de estimación. Si no vuelve a reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid o se inscribe en otro plan de Medicare al final del período de estimación de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para todos los inscritos que participen en los servicios de planificación de atención médica y bienestar (WHP)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Dado que Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) participa en el programa de asistencia de Aetna que brinda beneficios para ayudar a satisfacer las necesidades de atención médica, usted será elegible para recibir los siguientes servicios de planificación de atención médica y bienestar (WHP), incluidos los servicios de planificación de la atención con antelación (ACP):
 - Si en el futuro no puede tomar decisiones por usted mismo en cuanto a su atención médica, los profesionales médicos pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos. La ACP implica mantener conversaciones y tomar decisiones sobre la atención que le gustaría recibir en el futuro.
 - Le ayudaremos con los formularios necesarios para otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomarlas por sí mismo.
- Puede obtener asistencia con ACP llamando al equipo de atención al 1-855-463-0933 (TTY: 711).
- Los servicios de WHP y ACP son voluntarios y puede rechazarlos si lo desea.


Información importante sobre beneficios para los inscritos que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional”:

- Si recibe la “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros, podría ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos o una reducción específica de los costos compartidos.
- Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, o sea, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • Aquel que no está asociado con una cirugía. Y • Aquel que no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos de proveedores: Los médicos (según la definición del Artículo 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa)(5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente:</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	



Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia. <p>El personal auxiliar que brinde acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Estadounidenses (CFR) N.º 42.</p>	
<p>Servicios diurnos para adultos u otros servicios de apoyo Mantenimiento a largo plazo o servicios de apoyo ofrecidos por un programa basado en la comunidad que proporciona una variedad de servicios médicos, terapéuticos y sociales diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de aquellas personas que tienen una discapacidad y que tienen un riesgo de colocación en un centro de atención de enfermería (NF). Aetna Better Health of Virginia® proporciona estos servicios si se determina que usted es elegible a través del proceso de detección de MLTSS.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean en una situación de emergencia o una que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debería documentarse que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	





Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia (<i>continuación</i>)</p> <p>persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija.</p>	
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: Signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades.</p> <p>La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario.</p> <p>Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura para pruebas de laboratorio y de diagnóstico. (Consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos para obtener más información).</p>	Copago de \$0 por un examen físico de rutina anual.
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Nuestro plan cubrirá la consulta anual de bienestar una vez por año calendario.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, personas en</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medición de la masa ósea (<i>continuación</i>)</p> <p>riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: Procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección por año calendario para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de diagnóstico.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis de las enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres, se aplica lo siguiente: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (<i>continuación</i>)</p> <p>cada 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare.
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no son de alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Las pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario. • Prueba Guaiac-de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario. • Prueba multidiana de ADN en las heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Prueba de biomarcadores en la sangre para pacientes de <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario de detección cubiertos por Medicare.</p>




Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (<i>continuación</i>)</p> <p>entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no son de alto riesgo y los pacientes de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después del resultado positivo de una prueba de heces de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare.</p>	
<p>Servicios basados en la comunidad para personas que necesitan atención médica de salud mental</p> <p>Para las personas que necesitan atención médica de salud mental, los servicios cubiertos incluyen un conjunto de servicios sumamente coordinados ofrecidos por un grupo de profesionales médicos, de salud conductual y de rehabilitación en la comunidad que trabajan en equipo para satisfacer las necesidades complejas de las personas. Aetna Better Health of Virginia® proporciona estos servicios si se determina que usted es elegible a través del proceso de detección de MLTSS.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de mandíbula después de fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para cáncer que involucra la mandíbula o exámenes bucales anteriores al trasplante renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios que no son de rutina. 	<p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina: Copago de \$0 • Servicios de diagnóstico: Copago de \$0 • Servicios de restauración: Copago de \$0 • Endodoncia: Copago de \$0 • Periodoncia: Copago de \$0 • Servicios de prostodoncia y maxilofaciales: Copago de \$0 <p>Cobertura adicional disponible a través de sus beneficios de Medicaid. Revise el programa de beneficios de la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre los servicios dentales cubiertos.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de diagnóstico ◦ Servicios de restauración ◦ Endodoncia ◦ Periodoncia ◦ Servicios de prostodoncia y maxilofaciales <p>Este plan tiene un monto de beneficios anual, también conocido como asignación. Se pagarán los servicios cubiertos al proveedor hasta alcanzar el monto de beneficios anual (asignación). Usted será responsable de cualquier costo por encima del monto de beneficios de \$3,000 cada año para servicios dentales integrales cubiertos. Usted no recibirá el reembolso de ningún costo por el monto de beneficios anual.</p> <p>Cobertura adicional en virtud de los beneficios de Medicaid: Nuestro plan se asoció con DentaQuest para proporcionarle los beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711), o buscar en el directorio de proveedores de DentaQuest en línea en dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/memberpage/find-a-dentist/</p>	<p>(Consulte “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico” para obtener información sobre los servicios dentales cubiertos por Medicare).</p>
<p> Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes <i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos y</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (<i>continuación</i>)</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas OneTouch/LifeScan como nuestros suministros para la diabetes preferidos. OneTouch/LifeScan también cubre un dispositivo de punción, 10 lancetas y soluciones. Puede solicitar su medidor OneTouch, un dispositivo de punción y una funda sin receta visitando www.OneTouch.orderpoints.com. También puede llamar a LifeScan fácilmente al 877-764-5390. Deberá proporcionar el código de pedido 123AET200 al momento de hacer el pedido. El pedido llegará aproximadamente en 5-7 días hábiles a través de USPS. También puede obtener un medidor LifeScan o OneTouch en su farmacia de la red local, pero deberá proporcionarle una receta de su médico. También necesitará una receta para obtener tiras reactivas de LifeScan en su farmacia local. • Cubrimos otras marcas de glucómetros y tiras reactivas solo si es médicamente necesario. • No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tienen una excepción médica, o que tienen una excepción médica que no esté aprobada. • Los glucómetros en continuo (CGM) se consideran 	<p>las plantillas para pacientes diabéticos o los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (<i>continuación</i>)</p> <p>equipo médico duradero (DME).</p> <p>Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas cada 30 días. Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos. La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los productos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Los glucómetros de monitoreo continuo (CGM) y los suministros están disponibles a través de los proveedores de DME participantes. Para obtener una lista de proveedores de DME, visite www.aetna.com/dsepublicContent/assets/pdf/en/DME_National_Provider_Listing.pdf.</p> <p>Los glucómetros de monitoreo continuo y los suministros de marca Dexcom o FreeStyle Libre también se encuentran disponibles en las farmacias participantes.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización para un glucómetro de monitoreo continuo. Los sensores se pueden obtener sin autorización del plan.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede consultar la lista más actualizada de farmacias participantes y proveedores en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se proporcionan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se proporcionan dentro de la red.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia (en todo el mundo) • Servicios de ambulancia de emergencia (en todo el mundo) <p>Beneficio máximo anual de \$50,000 para atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de emergencia en los Estados Unidos.</p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de emergencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).</p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia de emergencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Tarjeta de beneficios adicionales Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarlo a pagar sus gastos diarios. Incluirá lo siguiente:</p> <p>Monto de la billetera de apoyo adicional: \$375 de monto de beneficio mensual (asignación) para pagar cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables, como carne, productos frescos y lácteos. • Productos de venta libre (OTC), incluidos productos de salud y bienestar como medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para la tarjeta de beneficios adicionales.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tarjeta de beneficios adicionales (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • y pruebas de COVID-19 • Servicios de transporte, incluidos gas, transporte público y servicios de viajes compartidos • Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, teléfono y servicio de Internet • Productos de atención personal, incluidos toallas de papel, champú y jabón • Suministros para mascotas, incluidos alimentos, juguetes y suministros de peluquería • Alquiler o ayuda hipotecaria <p>El monto mensual de los beneficios estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Asegúrese de usar el monto de beneficios cada mes, porque cualquier monto de beneficios que no se utilice no se transferirá al siguiente mes.</p> <p>Nos asociamos con NationsBenefits para brindarle este beneficio.</p> <p>Recibirá la tarjeta de beneficios adicionales por correo antes o poco después de que el plan comience. Incluirá detalles sobre cómo activar y usar la tarjeta. Si ya tiene una tarjeta adicional de beneficios, no recibirá una tarjeta nueva y podrá continuar usando su tarjeta actual en 2024. La información sobre los cambios de beneficios de la tarjeta se enviará por correo antes del 1 de enero de 2024.</p> <p>Para obtener más información, puede comunicarse con NationsBenefits al 1-877-204-1817 (TTY: 711) o visitar Aetna.NationsBenefits.com.</p> <p>Importante: El plan no se hace responsable por la pérdida o la robo de tarjetas, ni por los cargos relacionados con las demoras en el pago de los servicios públicos, el alquiler o la hipoteca.</p>	
<p>Prevención de caídas</p> <p>Usted recibe un monto de beneficios (asignación) de \$150 cada año para comprar determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño aprobados. Estos dispositivos pueden ayudarlo a controlar las discapacidades físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad por el hogar.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio y los dispositivos de seguridad disponibles para usted, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requieren coseguros, copagos ni deducibles para determinados dispositivos de seguridad, clínicamente apropiados, para el hogar y el baño.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prevención de caídas (<i>continuación</i>) miembro.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Existe un límite de 3 pedidos por año, hasta el monto de beneficios anual. Usted no puede pagar de su bolsillo si su compra está por encima del monto de beneficios. Los productos cubiertos se le enviarán directamente a usted y usted es responsable de cualquier montaje o instalación requeridos.</p>	
<p>Programa de acondicionamiento físico (ejercicio) Tiene cubierta la membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico de SilverSneakers® participante.</p> <p>Si no reside cerca de un centro participante, o prefiere ejercitarse en casa, las clases en línea y los kits de acondicionamiento físico para el hogar están a su disposición. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.</p> <p>También tendrá acceso a clases enriquecedoras en línea que contribuyen a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento mental. Las clases de salud y bienestar incluyen, entre otros, lo siguiente: Cocina, comida y nutrición, y atención plena. Las clases de acondicionamiento mental incluyen, entre otros, lo siguiente: Habilidades nuevas, organización, autoayuda y cómo mantenerse conectado. Se puede acceder a estas clases en línea en SilverSneakers.com.</p> <p>Para comenzar, necesitará su número de identificación de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com o llame a SilverSneakers al 1-888-423-4632 (TTY/TDD: 711) para obtener este número de identificación. Luego, lleve este número de identificación cuando visite un centro de acondicionamiento físico participante. Para obtener información sobre los centros participantes, puede consultar el sitio web de SilverSneakers o llamar a SilverSneakers.</p>	<p>Copago de \$0 por clases de acondicionamiento físico y membresía en el gimnasio.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de enfermería durante las 24 horas: Hable con un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Llame al 1-855-463-0933 (TTY: 711) (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia). • Educación de salud: Este beneficio les da a los miembros 	<p>Copago de \$0 para servicios de la línea especializada en enfermería las 24 horas.</p> <p>Copago de \$0 para su educación sobre salud.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar <i>(continuación)</i></p> <p>la posibilidad de interactuar en forma individual, en un grupo o virtualmente con un instructor sobre salud certificado u otro profesional de salud calificado para cosas como: Manejo de la diabetes, asesoramiento nutricional y educación sobre asma. Para obtener más información sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	
<p>Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando se realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina: Uno por año • Evaluación o colocación de audífonos: Una evaluación o colocación de audífonos por año • Audífonos: Obtiene un monto de beneficios anual (asignación) hasta un monto máximo de \$2,500 por oído, cada año. El monto de este beneficio solo puede utilizarse para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing. Si el costo es superior al monto de beneficios, usted paga la diferencia. <p>Examen auditivo de rutina y audífonos: Nos asociamos con NationsHearing para proporcionarle el examen auditivo y los audífonos. Debe consultar a un proveedor de la red de NationsHearing para que los exámenes auditivos y audífonos estén cubiertos. El monto de beneficios de audífonos solo puede utilizarse para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing. El monto de beneficios se aplica a los audífonos en el momento de la compra. Si el costo es superior al monto de beneficios, usted paga la diferencia. Puede programar su examen auditivo o una cita para probarse los audífonos con un proveedor de NationsHearing llamando al 1-877-225-0137 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, a excepción de los días feriados.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen auditivo no cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada evaluación o colocación de audífonos.</p> <p>Audífonos: Copago de \$0 (dos audífonos por año).</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios auditivos <i>(continuación)</i> Cobertura adicional en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan.	
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las agencias de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros cubiertos por Medicare.
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para llevar a cabo una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, agujas). <i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios profesionales del tratamiento de infusión en el hogar (incluidos los proveedores de infusión en el hogar autorizados), la capacitación, la educación y el monitoreo cubiertos por Medicare.


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tratamiento de infusión en el hogar (<i>continuación</i>) ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Antes de recibir servicios de infusión en el hogar, un médico debe solicitarlos e incluirlos en su plan de atención.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. 	
<p>Atención en hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), paga sus servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Las consultas en un hospicio están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en hospicio (<i>continuación</i>) compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay que obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén incluidos en la Parte A o la Parte B, se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	
<p> Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: <i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Vacunas (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>deducible para todas las vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: Córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.</p> <p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (<i>continuación</i>)</p> <p>necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos <p>Cobertura adicional en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan.</p> <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo o un paciente internado, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Puede consultar esta hoja de datos en línea en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (<i>continuación</i>)	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Días cubiertos: Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención médica de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare. Sus beneficios para pacientes internados comenzarán el día 1 cada vez que sea admitido en un tipo de centro específico. Un traslado dentro de un centro, o a un centro, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, de cuidados agudos a largo plazo (LTAC), de cuidados agudos para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados, se considera una nueva admisión.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o centros de atención de enfermería especializada, o si la estadía en este centro u hospitalización no son razonables ni necesarias, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta.
<i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i>	


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <p>permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Beneficio de comidas Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada y del retorno a su hogar, es posible que sea elegible para recibir en su domicilio un máximo de 14 comidas durante un período de 7 días. Una vez que el plan confirme que este beneficio ayudará en su recuperación o a tratar sus afecciones médicas, y que no se trata solo de una función de conveniencia o comodidad, nuestro socio, Mom's Meals, se comunicará con usted para programar el envío.</p> <p>Nota: Las hospitalizaciones como paciente externo y para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio. Las comidas deben programarse para la entrega en el plazo de tres meses desde el alta calificada.</p> <p>Cobertura adicional en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan.</p>	<p>Copago de \$0 por las comidas cubiertas.</p>
<p> Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.</p>


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p>Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>El siguiente enlace lo envía a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Atención en un hogar de convalecencia</p> <p>Si está determinado para cumplir los criterios de cobertura para la atención en un centro de atención de enfermería y se encuentra en uno, es posible que pueda mudarse del centro de atención de enfermería a su hogar y recibir servicios basados en el hogar y la comunidad. Aetna Better Health of Virginia® proporciona estos servicios si se determina que usted es elegible a través del proceso de detección de MLTSS.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.</p>
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides (continuación)</p> <p>tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento por opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento ante el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico y los suministros, y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos (<i>continuación</i>) pueden dar el alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Puede consultar esta hoja de datos en línea en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!</i> Puede consultar esta hoja de datos en línea en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal vigente.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos (<i>continuación</i>)</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Nuestra cobertura es la misma que ofrece Original Medicare, que es la cobertura de los servicios prestados en el departamento para pacientes externos de un hospital para personas que, por ejemplo, han recibido el alta de una hospitalización tras un tratamiento por abuso de sustancias, o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran únicamente en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración, evaluación y tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias de un proveedor elegible de Medicare, a fin de determinar rápidamente la gravedad del abuso de sustancias e identificar el nivel adecuado de tratamiento. • Las intervenciones breves o los consejos que se centran en aumentar el conocimiento y la concienciación respecto del consumo de sustancias, y la motivación hacia el cambio de comportamiento. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de abuso de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare brindada en un centro hospitalario para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo suministrado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, siempre y cuando su proveedor pueda ofrecer estos servicios a través de la telesalud, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de médicos de atención primaria ◦ Servicios médicos especializados ◦ Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes ◦ Servicios educativos sobre enfermedad renal ◦ Servicios de salud mental (sesiones individuales) ◦ Servicios de salud mental (sesiones grupales) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios brindados por médicos o especialistas y cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de telesalud, los servicios profesionales de infusión en el hogar y los servicios de urgencia).</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para determinados servicios de telesalud adicionales.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de terapia ocupacional ◦ Servicios de tratamiento del consumo de opioides ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales) ◦ Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales) ◦ Servicios de fisioterapia y terapia del habla. ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales) ◦ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales) ◦ Servicios de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Esta cobertura es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación. Para obtener más información sobre su cobertura adicional de telesalud, revise su Cobertura de telesalud de Aetna Medicare en AetnaMedicare.com/Telehealth. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. ◦ Debe comunicarse con su médico para obtener información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, usted también tiene la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, las consultas por video de MinuteClinic u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Puede acceder a Teladoc en Teladoc.com/Aetna o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Puede averiguar si las consultas por video de MinuteClinic están disponibles en su área en CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que requieren diálisis en el hogar en un centro 	
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico <i>(continuación)</i></p> <p>de diálisis renal en un hospital o en un hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación. • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud ◦ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Las excepciones pueden hacerse al respecto en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y Centros de salud federal calificado • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ El control no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas en caso de que ocurra lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. 	
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	



Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico <i>(continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de podiatría adicionales, no cubiertos por Medicare: Hasta tres consultas por año 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de podiatría no cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los exámenes de tacto rectal digital cubiertos.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados (<i>continuación</i>)</p> <p>dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare.
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: Personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o especialista no médico calificado.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT: El miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si el médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</i></p>	
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en algunos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales y presenciales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios para tratar afecciones y enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para diálisis para pacientes externos cubiertos por Medicare, preparación para autodiálisis, algunos servicios de apoyo domiciliario, y equipos y suministros para diálisis domiciliaria cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni</p>


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (<i>continuación</i>)</p> <p>del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.</p> <p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, figura una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF).</p> <p>Días cubiertos: Hasta 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Cubriremos la hospitalización únicamente si cumple determinadas pautas de Medicare y si su hospitalización es médicamente necesaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p>El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>
<p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones (se detallan más abajo), es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted recibe el alta del hospital. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar el tabaco dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo <i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta para</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación)</p> <p>sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas para dejar el tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones adicionales de asesoramiento individuales y grupales, personales, intermedias e intensivas: Consultas ilimitadas todos los años. 	<p>dejar de fumar y de consumir tabaco no cubierta por Medicare.</p>
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>La cobertura cubre hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. <p>El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p>


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET) (continuación) tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia) Tiene derecho a viajes ilimitados a citas médicas y farmacias. Además, viajes gratuitos (30 viajes de ida y vuelta o 60 viajes ida o vuelta por año) a tiendas de comestibles, mercados de alimentos, bancos de alimentos, lugares de culto, bibliotecas, gimnasios o clases de ejercicios, DSS, DMV, WIC y Oficinas del Seguro Social.</p> <p>Todos los transportes que no sean de emergencia se organizarán a través del proveedor del estado, ModivCare. Para programar el transporte, llame a Modivcare al 1-844-452-9375 (TTY: 711). También puede pedirle a su administrador de atención que le ayude a coordinar este servicio. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>	<p>No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.</p>
<p>Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable, para obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red si se presenta lo siguiente: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener de forma inmediata la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios de urgencia necesarios que se proporciona fuera de la red es el mismo que paga para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia en los Estados Unidos.</p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención de urgencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).</p>


Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia (<i>continuación</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencia (en todo el mundo) <p>Beneficio máximo anual de \$50,000 para atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo.</p>	
<p> Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: Las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista no cubiertos por Medicare (refracciones): Un examen por año Examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes <p>Cobertura adicional en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de la vista, las pruebas de detección de glaucoma o anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes.</p>
<p>Atención de la vista: Anteojos (no cubiertos por Medicare) Con este plan, usted recibe un monto de beneficio para anteojos (asignación) de hasta \$500 por año para anteojos <i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>Anteojos recetados cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto: Copago de \$0 Anteojos (lentes y marcos): Copago de \$0

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de la vista: Anteojos (no cubiertos por Medicare) (continuación) recetados, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto • Anteojos, incluidos lentes y monturas • Lentes de anteojos • Monturas de anteojos • Mejoras (incluidos la protección UV y el revestimiento contra rayones) <p>Para encontrar un proveedor, puede buscar en el directorio de proveedores en línea en vsp.com/eye-doctor o llamar al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna.</p> <p>Este beneficio se administra a través de VSP. Debe consultar a un proveedor de VSP para usar el monto de beneficios. Si elige unos anteojos que cuesten más que el importe de su prestación, solo tendrá que pagar la diferencia.</p> <p>Asignación adicional disponible a través de sus beneficios de Medicaid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de anteojos: Copago de \$0 • Marcos de anteojos: Copago de \$0 • Mejoras (incluidos la protección UV y el revestimiento contra rayones): Copago de \$0
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare posterior a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>
<p>Pelucas por pérdida de cabello a causa de la quimioterapia Este beneficio se ofrece para la pérdida de cabello producto de la quimioterapia.</p> <p>El plan paga hasta \$400 por año por las pelucas cubiertas. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura para pelucas.</p> <p>Los miembros pueden obtener pelucas a través de un</p> <p><i>Este servicio se continúa en la siguiente página</i></p>	<p>No se requieren coseguros, copagos ni deducibles para obtener las pelucas por la pérdida de cabello, producto de la quimioterapia.</p>

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pelucas por la pérdida de cabello producto de la quimioterapia <i>(continuación)</i></p> <p>proveedor de equipo médico duradero (DME) local o pueden comprarle al proveedor que quieran y presentar una reclamación para el reembolso. Para encontrar un proveedor de equipo médico duradero (DME), ingrese a AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.</p>	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

**Programa de beneficios integrales
de DentaQuest para 2024**

Los miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) tienen un máximo anual de **\$3,000** que se aplica a TODOS los beneficios cubiertos. El monto máximo anual se basa en el año calendario, de enero a diciembre. Los servicios cubiertos mencionados dentro de esta sección pueden brindarse hasta el máximo anual de **\$3,000**. Usted debe pagar cualquier servicio más allá del máximo anual de **\$3,000**.

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
Servicios de diagnóstico			
D0277	Aleta de mordida vertical - (entre 7 y 8 imágenes)	No	1 cada 3 años
D0332	Encuesta tomográfica dental	No	Ilimitado
D0350	Imágenes fotográficas bucales o faciales	No	Ilimitado
D0415	Recolección de microorganismos	No	Ilimitado
D0417	Recolección y preparación de muestra de saliva	No	Ilimitado
D0418	Análisis de la muestra de saliva	No	Ilimitado
D0425	Prueba de susceptibilidad a caries	No	Ilimitado
D0460	Prueba de vitalidad pulpar	No	Ilimitado
D0472	Examen bruto (preparación e informe)	No	Ilimitado
D0474	Examen micro y amplio de márgenes quirúrgicos	No	Ilimitado
D0475	Procedimiento de descalcificación	No	Ilimitado
D0476	Coloración especial para microorganismo	No	Ilimitado
D0477	Coloración técnica no para microorganismos	No	Ilimitado
D0478	Coloraciones para inmunohistoquímica	No	Ilimitado
D0479	Hibridación in situ de tejidos	No	Ilimitado
D0480	Preparación de frotis citopático e informe	No	Ilimitado
D0481	Microscopia electrónica	No	Ilimitado
D0482	Inmunofluorescencia directa	No	Ilimitado
D0483	Inmunofluorescencia indirecta	No	Ilimitado
D0484	Consulta con láminas preparadas en otro sitio	No	Ilimitado
D0485	Consulta incluye preparación de láminas	No	Ilimitado
D0486	Toma de muestra citológica transepitelial	No	Ilimitado
D0502	Otros procedimientos patológicos bucales	No	Ilimitado
Servicios preventivos			
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de caries	No	Ilimitado
D1330	Instrucciones sobre la higiene bucal	No	Ilimitado
Servicios de restauración			
D2410	Lámina dental de oro una superficie	No	Una por diente cada cinco años
D2420	Lámina dental de oro dos superficies	No	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D2430	Lámina dental de oro tres superficies	No	
D2510	Incrustación dental metálica 1 superficie	No	
D2520	Incrustación dental (metálica 2 superficies)	No	Una por diente cada cinco años
D2530	Incrustación dental metálica 3 o más superficies	No	
D2542	Recubrimiento dental para 2 superficies metálicas	No	
D2543	Recubrimiento dental metálico 3 superficies	No	
D2544	Recubrimiento dental metálico 4 o más superficies	No	
D2610	Incrustación de porcelana/cerámica 1 superficie	No	
D2620	Incrustación de porcelana/cerámica 2 superficies	No	
D2630	Incrustación dental de porcelana/cerámica 3 o más superficies	No	
D2642	Recubrimiento dental de porcelana/cerámica 2 superficies	No	
D2643	Recubrimiento dental de porcelana/cerámica 3 superficies	No	
D2650	Incrustación de compuesto/resina 1 superficie	No	
D2651	Incrustación de compuesto/resina 2 superficies	No	
D2652	Incrustación dental de compuesto/resina 3 o más superficies	No	
D2662	Recubrimiento dental de resina 2 superficies	No	
D2663	Recubrimiento dental de resina 3 superficies	No	
D2664	Recubrimiento dental de resina 4 o más superficies	No	
D2712	Corona (compuesto a base de $\frac{3}{4}$ de resina)	No	
D2780	Corona, molde $\frac{3}{4}$ de metal de alta nobleza	No	
D2781	Corona, molde $\frac{3}{4}$ de metal base predominante	No	
D2782	Corona (molde $\frac{3}{4}$ de metal noble)	No	
D2783	Corona $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica	No	
D2799	Corona provisoria	No	Ilimitado
D2953	Cada perno adicional	No	Ilimitado
D2955	Servicio posterior a extracción	No	Ilimitado
D2957	Cada perno adicional prefabricado	No	Ilimitado
D2960	Revestimiento labial de resina directo	No	Ilimitado
D2961	Revestimiento labial de resina indirecto	No	Ilimitado
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona	No	Ilimitado
D2975	Funda	No	Ilimitado
D2980	Reparación de corona	No	Ilimitado
Servicios de endodoncia			
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis	No	Ilimitado

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D3331	Tratamiento por obstrucción del conducto: Acceso no quirúrgico	No	Ilimitado
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto	No	Ilimitado
D3333	Reparación interna de la raíz	No	Ilimitado
D3450	Amputación radicular	No	Ilimitado
D3460	Implante endoóseo endodóntico	No	Ilimitado
D3470	Replantación intencional	No	Ilimitado
D3910	Aislamiento de diente con dique de goma	No	Ilimitado
D3920	División de dientes	No	Ilimitado
D3950	Preparación del canal/adaptación de clavija	No	Ilimitado
Periodoncia			
D4230	Exposición anatómica de la corona 4 o más por cuadrante	No	Ilimitado
D4231	Exposición anatómica de la corona 1-3 por cuadrante	No	Ilimitado
D4241	Colgajo gingival con plan de raíz 1-3	No	Ilimitado
D4245	Colgajo en posición apical	No	Ilimitado
D4265	Alargamiento clínico de corona - (tejido duro)	No	Ilimitado
D4266	Regeneración guiada de tejido, dientes naturales - barrera reabsorbible	No	Ilimitado
D4267	Regeneración guiada de tejido, dientes naturales - barrera no reabsorbible	No	Ilimitado
D4381	Administración localizada de antimicrobiano	No	Ilimitado
D4920	Cambio de apósito no programado	No	Ilimitado
Servicios de prostodoncia			
D5670	Reemplazo de diente y acrílico en estructura de metal	No	Ilimitado
D5671	Reemplazo de diente y acrílico mandibular	No	Ilimitado
D5710	Rebaso de dentadura postiza maxilar completa	No	Ilimitado
D5711	Rebaso de dentadura postiza mandibular completa	No	Ilimitado
D5720	Rebaso de dentadura postiza maxilar parcial	No	Ilimitado
D5721	Rebaso de dentadura postiza mandibular parcial	No	Ilimitado
D5810	Dentadura postiza maxilar provisoria completa	No	Ilimitado
D5811	Dentadura postiza mandibular provisoria completa	No	Ilimitado
D5820	Dentadura postiza maxilar provisoria parcial	No	Ilimitado
D5821	Dentadura postiza mandibular provisoria parcial	No	Ilimitado
D5862	Ajuste de precisión	No	Ilimitado
D5867	Reemplazo de pieza de enganche de precisión	No	Ilimitado
D5875	Modificación de prótesis	No	Ilimitado
D5899	Procedimientos de prostodoncia removible	No	Ilimitado

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D5911	Molde para partes del rostro	No	Ilimitado
D5912	Molde para rostro completo	No	Ilimitado
D5913	Prótesis nasal	No	Ilimitado
D5914	Prótesis auricular	No	Ilimitado
D5915	Prótesis orbital	No	Ilimitado
D5916	Prótesis ocular	No	Ilimitado
D5919	Prótesis facial	No	Ilimitado
D5922	Prótesis del tabique nasal	No	Ilimitado
D5923	Prótesis ocular provisoria	No	Ilimitado
D5924	Prótesis craneal	No	Ilimitado
D5925	Implante de aumentación facial	No	Ilimitado
D5926	Reemplazo de prótesis nasal	No	Ilimitado
D5927	Reemplazo auricular	No	Ilimitado
D5928	Reemplazo orbital	No	Ilimitado
D5929	Reemplazo facial	No	Ilimitado
D5931	Obturador quirúrgico	No	Ilimitado
D5932	Obturador posquirúrgico	No	Ilimitado
D5933	Montaje del obturador	No	Ilimitado
D5934	Prótesis de brida mandibular	No	Ilimitado
D5935	Dentadura postiza mandibular	No	Ilimitado
D5936	Prótesis de obturador temporal	No	Ilimitado
D5937	Aparato Trismus	No	Ilimitado
D5952	Ayuda pediátrica para el habla	No	Ilimitado
D5953	Ayuda para el habla para adultos	No	Ilimitado
D5954	Prótesis superpuestas	No	Ilimitado
D5955	Prótesis de elevación del paladar	No	Ilimitado
D5958	Defecto congénito intrabucal paladar temp.	No	Ilimitado
D5959	Defecto congénito intrabucal paladar mod.	No	Ilimitado
D5960	Modificar prótesis de ayuda para el habla	No	Ilimitado
D5983	Aplicador de radiación	No	Ilimitado
D5984	Escudo de radiación	No	Ilimitado
D5985	Cono localizador de radiación	No	Ilimitado
D5986	Aplicador de flúor	No	Ilimitado
D5987	Férula para comisura	No	Ilimitado
D5991	Enfermedad vesiculobulosa	No	Ilimitado
D6010	Implante endóstico odont.	No	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D6012	Implante endóstico	No	Una por diente cada cinco años
D6040	Implante epóstico odont.	No	
D6050	Implante transósticos odont.	No	
D6055	Barra de conexión de implante	No	Ilimitado
D6056	Pilar prefabricado	No	Una por diente cada cinco años
D6057	Pilar personalizado	No	
D6058	Corona apoyada en pilar	No	Una por diente cada cinco años
D6059	Corona de metal apoyada en pilar	No	
D6060	Corona de metal apoyada en pilar	No	
D6061	Corona de metal apoyada en pilar	No	
D6062	Corona de metal apoyada en pilar	No	
D6063	Corona de metal apoyada en pilar	No	
D6064	Corona de metal apoyada en pilar	No	Una por diente cada cinco años
D6065	Corona apoyada en implante	No	
D6066	Corona de metal apoyada en implante	No	
D6067	Corona de metal apoyada en implante	No	
D6068	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6069	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6070	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6071	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6072	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6073	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6074	Retenedor apoyado en pilar	No	
D6075	Retenedor apoyado en implante	No	
D6076	Retenedor apoyado en implante	No	
D6077	Retenedor apoyado en implante	No	
D6080	Mantenimiento de implante	No	Ilimitado
D6090	Reparación de implante	No	Ilimitado
D6091	Reemplazo de pieza de enganche de semiprecisión	No	Ilimitado
D6092	Recementado de corona apoyada	No	Ilimitado
D6093	Recementado de dentadura postiza parcial apoyada	No	Ilimitado
D6094	Corona de titanio, apoyada en pilar	No	Ilimitado
D6095	Reparación de pilar de implante, por informe	No	Ilimitado
D6100	Extracción quirúrgica de un implante del cuerpo	No	Ilimitado
D6190	Índice de implante radio/quirúrgico	No	Ilimitado
D6194	Retenedor de titanio, apoyado en pilar	No	Ilimitado

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D6199	Procedimiento de implante	No	Ilimitado
D6253	Póntico provisorio	No	Ilimitado
D6600	Incrustación de porcelana/cerámica 2 superficies	No	Una por diente cada cinco años
D6601	Incrustación de porcelana/cerámica 3 o más superficies	No	
D6602	Molde de incrustación de metal de alta nobleza 2 superficies	No	
D6603	Molde de incrustación de metal de alta nobleza 3 o más superficies	No	
D6604	Molde de incrustación de metal base 2 superficies	No	
D6605	Molde de incrustación de metal base 3 o más superficies	No	
D6606	Molde de incrustación de metal noble 2 superficies	No	
D6607	Molde de incrustación de metal noble 3 o más superficies	No	
D6608	Recubrimiento de porcelana/cerámica 2 superficies	No	
D6609	Recubrimiento de porcelana/cerámica 3 o más superficies	No	
D6610	Recubrimiento: Molde de metal de alta nobleza, dos superficies	No	
D6611	Recubrimiento: Molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	No	Una por diente cada cinco años
D6612	Recubrimiento: Molde de metal base predominante, dos superficies	No	
D6613	Recubrimiento: Molde de metal base predominante, tres o más superficies	No	
D6614	Recubrimiento: Molde de metal noble, dos superficies	No	
D6615	Recubrimiento: Molde de metal noble, tres o más superficies	No	
D6624	Incrustación de titanio	No	
D6634	Recubrimiento de titanio	No	
D6780	Corona (molde ¾ de metal de alta nobleza)	No	
D6781	Corona ¾ molde de metal base	No	
D6782	Corona (molde ¾ de metal noble)	No	
D6783	Corona ¾ porcelana/cerámica	No	
D6793	Corona retenedora provisorio	No	Ilimitado
D6920	Barra conectora dental	No	Ilimitado
D6940	Placa de descanso	No	Ilimitado
D6950	Ajuste de precisión	No	Ilimitado
D6980	Reparación parcial fija	No	Ilimitado
D6985	Dentadura postiza parcial pediátrica (fija)	No	Ilimitado
Cirugía bucal			

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Código ADA		Se requiere autorización previa	Limitaciones
D7272	Trasplante de dientes	No	Ilimitado
D7290	Reposicionamiento de dientes	No	Ilimitado
D7292	Placa de tornillo retenedor	No	Ilimitado
D7293	Dispositivo de anclaje temporal con colgajo	No	Ilimitado
D7294	Dispositivo de anclaje temporal sin colgajo	No	Ilimitado
D7953	Injerto para reemplazo óseo	No	Ilimitado
D7998	Colocación intrabucal de un dispositivo de fijación	No	Ilimitado
Ortodoncia			
D8010	Tratamiento dental primario limitado	No	Ilimitado
Atención que no es de rutina			
D9210	Anestesia local, sin procedimientos quirúrgicos u operaciones	No	Ilimitado
D9211	Anestesia de bloqueo regional	No	Ilimitado
D9212	Anestesia de bloqueo del trigémino	No	Ilimitado
D9215	Anestesia local	No	Ilimitado
D9410	Llamada desde la casa dental	No	Ilimitado
D9430	Visita al consultorio durante el horario de atención	No	Ilimitado
D9450	Presentación de casos, plan de tratamiento	No	Ilimitado
D9911	Aplicar resina desensibilizante	No	Ilimitado
D9941	Fabricación de protector deportivo	No	Ilimitado
D9942	Reparación/revestimiento de protector oclusal	No	Ilimitado
D9950	Análisis de oclusión	No	Ilimitado
D9970	Microabrasión de esmalte	No	Ilimitado

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de la cobertura de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)?**Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)**

Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué beneficios están disponibles para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Anexo A** en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan**

En esta sección se describen los servicios que Medicare excluye.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

La tabla que se encuentra a continuación describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no dar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		Disponibles para las personas que padecen dolor crónico en la región lumbar en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>		Cubiertos por la parte de Medicaid de los beneficios de su plan.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.</p>	No cubiertos en ninguna situación.	
<p>Entrega de comidas a domicilio.</p>		<p>Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para la entrega de comidas a domicilio, como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i>.</p>
<p>Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.</p>	No cubiertos en ninguna situación.	
<p>Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).</p>	No cubiertos en ninguna situación.	
<p>Atención dental que no es de rutina.</p>		<p>Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</p>
<p>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.</p>		<p>Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.</p>
<p>Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.</p>	No cubiertos en ninguna situación.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Proveedores cuya cobertura se prohíbe en virtud del programa de Medicare por algún motivo	No cubiertos en ninguna situación.	
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	No cubiertos en ninguna situación.	
Atención de quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	No cubiertos en ninguna situación.	Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura adicional para atención dental que no sea de rutina, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> .
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. Exámenes de la vista de rutina: Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para servicios de la vista de rutina, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> . Gafas: Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para anteojos, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> .
Cuidado de rutina de los pies.		Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para el cuidado de los pies de rutina, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> .

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.</p>		<p>Exámenes auditivos de rutina: Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para los exámenes auditivos de rutina, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i>.</p> <p>Evaluaciones y colocación de audífonos: Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para las evaluaciones y la colocación de audífonos, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i>.</p> <p>Audífonos: Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para audífonos, tal como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i>.</p>
<p>Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.</p>	<p>No cubiertos en ninguna situación.</p>	

Capítulo 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

**¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviamos un inserto aparte, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A** en la contraportada de este documento para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan**Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red**

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider)), o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 100 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (<https://www.aetnabetterhealth.com/virginia/pharmacy-prescription-drug-benefits.html>) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Nota: Debe tener un método de pago en el archivo.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le entregará en menos de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, le notificarán al respecto. Si necesita solicitar un pedido rápido a causa de un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlos en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el/los número(s) de receta médica. Si quiere la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitar esto al representante del Departamento de Servicios para Miembros por un cargo adicional.

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

La farmacia obtendrá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si usted realizó lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al continuar haciendo que su médico nos envíe sus medicamentos con receta. No se requiere ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para reiniciar las entregas automáticas si antes detenía las entregas automáticas.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si esta debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si no desea usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le termine el medicamento con receta actual. Esto garantizará que reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, inicie sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4** **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 **¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?****En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está fuera de stock en una farmacia minorista o por correo accesible de la red (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si ha debido evacuar o se lo ha trasladado de otro modo fuera de su casa por un desastre federal u otra declaración de salud pública de emergencia.
- Se administra una vacuna o un medicamento en el consultorio de su médico.

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

Cómo solicitar un reembolso al plan

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que obtenga el medicamento con receta. Puede solicitarnos un reembolso. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 **Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos”****Sección 3.1** **La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos**

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A**, en la contraportada de este documento, para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *el siguiente requisito*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien* que esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Medicamentos de marca que son más complejos que medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, un medicamento genérico y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué no se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?
-------------	--

Hay cuatro formas de averiguarlo e incluyen lo siguiente:

1. Consultar la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary)). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.

- Usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan en el portal de miembros de [Caremark.com](https://www.caremark.com). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección en la “Lista de medicamentos”.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original, pero suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si el proveedor nos ha comunicado el motivo médico por el cual a usted no le funcionaría el medicamento genérico o biosimilar intercambiable O BIEN nos ha comunicado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán uso, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede recibir cada vez que obtiene su medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O, tal vez, una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
- Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará un suministro temporal (al menos un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?
-------------	--

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea regularmente. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor, y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido superior o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas cuando se agrega el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podríamos realizar cambios según las

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Para estos cambios, debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación para notificar el cambio o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a emitir recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año de plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son los siguientes:

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted apela y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento

que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Se permite la cobertura para uso para una indicación no autorizada solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A**, en la contraportada de este documento, para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que, por lo general, no cubre. Sin embargo, si cuenta con cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Anexo A** en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática por el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si usted no tiene su información de membresía?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedir a la farmacia que busque su información de inscripción del plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos.** Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos” o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su hospicio porque no se relaciona con su enfermedad terminal ni sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que le brinden notificaciones antes de que se obtenga el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura**

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a

asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides
--------------	--

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiacepinas con receta puede no ser seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si usted deberá obtener los medicamentos con receta para estos medicamentos solo de un médico o una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que hemos cometido un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

cáncer o anemia drepanocítica en estado activo, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el final de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que nosotros ayudemos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista de tareas recomendadas con los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medicamentos y tareas recomendadas. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre el programa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta cuando obtiene o resurte sus recetas en la farmacia. En particular, llevamos un registro de lo siguiente:

- Llevamos un registro de sus **costos totales de los medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el porcentaje desde que se obtiene el primer suministro para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.

Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------	--

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conozcamos acerca de los medicamentos con receta que usted obtiene y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6

*Lo que usted paga por los medicamentos con
receta de la Parte D*



¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviamos un inserto aparte, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Capítulo 7

*Cómo solicitarnos que paguemos una factura
que usted recibió en concepto de servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos, usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los pagos por los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se comentó en el documento. Primero intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para leer una discusión de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante una llamada o si nos envía una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. El formulario exige que proporcione información como: Nombre, dirección, número de identificación de Aetna, nombre del proveedor, NPI (identificador nacional del proveedor) del proveedor, TIN (número de identificación fiscal) del proveedor, dirección del proveedor, fecha del servicio, tipo de reembolso, descripción de los servicios y cargos.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Para reclamaciones médicas: Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)
 Aetna Duals COE Member Correspondence

PO Box 982980
 El Paso, TX 79998

Debe presentarnos sus reclamaciones médicas dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)
 Aetna Integrated Pharmacy Solutions
 PO Box 52446
 Phoenix, AZ 85072

Debe presentarnos sus reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte D.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
-------------	---

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Many documents are also available in Spanish, Vietnamese, and Arabic.

We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this document). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
-------------	---

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono para mensajes o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Muchos documentos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos para la mujer.

Si no están disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialidades en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Mục 1.1

Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách thích hợp với quý vị và phù hợp với sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v..)

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp về mặt văn hóa và tất cả những người ghi danh đều có thể tiếp cận được, kể cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Các ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Nhiều tài liệu cũng có sẵn bằng tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Ban Dịch vụ Hội viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe là nữ trong mạng lưới cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu không có sẵn các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì chương trình có trách nhiệm tìm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa bên ngoài mạng lưới, đây là những người sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp tình huống không có chuyên gia nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi bằng định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để khiếu nại với Ban Dịch vụ Hội viên (số điện thoại được in ở bìa sau của tài liệu này). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

يتعين أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتلاءم مع الحساسيات الثقافية الخاصة بك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو القسم 1.1 بطريقة برايل، أو مطبوعة بأحرف كبيرة، أو بأشكال بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

إن خطتك مطلوبة لضمان أن جميع الخدمات؛ سواء السريرية أو غير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مختصة ثقافيًا ومتاحة لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية ومهارات القراءة المحدودة وعجز السمع أو أولئك الذين لديهم ثقافات متنوعة والخلفيات العرقية. وتتضمن أمثلة الطريقة التي قد تليها بها الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم خدمات المترجمين التحريريين أو خدمات المترجمين الفوريين أو المبرقات الكاتبة أو خدمات TTY (الهاتف النصي أو المبرقة الكاتبة).

تتاح بخططنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. تتوفر العديد من المستندات باللغة العربية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل أو مطبوعة بأحرف كبيرة أو تنسيقات أخرى بديلة مجانًا في حالة الضرورة. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يمكن الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

تعتبر خطتنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناء خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة الخطة لأحد التخصصات متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد مقدمي خدمات متخصصين خارج الشبكة يقدمون لك الرعاية الضرورية. في هذه الحالة، ستقوم فقط بدفع تقاسم التكلفة من خلال الشبكة. إذا وجدت نفسك في حالة لا يوجد فيها أي تخصصات في شبكة الخطة تغطي الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة وفقًا لمشاركة التكاليف داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشاكل في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى خدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو الهاتف النصي 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga una remisión para consultar con los proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina Aviso sobre prácticas de privacidad, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nos proponemos proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red y las farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. En el Capítulo 5, se incluye información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

- **Información de los intérpretes.** Nuestro plan ofrece servicios de interpretación en todos los idiomas, incluido el lenguaje de señas estadounidense. Los servicios de interpretación están disponibles para la interpretación en el lugar durante una cita médica. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al menos dos semanas antes de la cita programada.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
-------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **testamento vital y poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, debe realizar lo siguiente:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucción anticipada (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal que supervisa las instrucciones anticipadas. Para encontrar la agencia adecuada en su estado, comuníquese con su SHIP. La información de contacto se encuentra en el **Anexo A** que está en la parte de atrás de este documento.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
-------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o reclamos y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
-------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que no se lo ha tratado con justicia o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual, identidad de género o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 o el **Anexo A** que está en la parte de atrás de este documento.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede **llamar a Medicaid**. Para obtener más información, consulte el **Anexo A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del programa Medicaid de su estado.
- Puede **llamar a su defensor del pueblo**. Para obtener más información, consulte el **Anexo A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de los programas del defensor del pueblo de su estado.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos, como los siguientes:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 o el **Anexo A** que está en la parte de atrás de este documento.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Your Medicare Rights & Protections (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**; también denominado quejas.

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el **Anexo A** en la contraportada de este documento. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

La información de contacto de la agencia de Medicaid de su estado se encuentra en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento.

SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina proceso integrado, porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En dichas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un proceso cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información que figura a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo si tiene problemas o reclamos sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (productos médicos, servicios o los medicamento con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: “**Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

SECCIÓN 5 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 5.1

Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: El panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, productos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de productos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de apelaciones y decisiones de cobertura se usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que ha recibido un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio mencionado no se cubre nunca, sin excepciones. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Siempre que decidimos qué cubrimos para usted y cuánto pagamos, estamos tomando una decisión de cobertura para usted. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se recibe un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por la atención médica, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2 para que la evalúe una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- No es necesario que haga nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación por la atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se detallan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
-------------	---

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación anterior de Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf>.
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o producto que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **puede** ser necesario que nombre a su médico o a otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, con el fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf>). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
-------------	--

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo, “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo, “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto”. (Esta sección solo se aplica a estos servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de seguros de salud (SHIP).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica
-------------	---

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las normas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no

pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaban cubiertos anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura. Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas para los servicios médicos, y dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Es posible que *solo pida* cobertura de productos o servicios médicos (no solicitudes de pago de productos o servicios ya recibidos).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la se haga lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Explica también que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días** adicionales si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de la atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina una **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, los que figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los servicios o productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda quedarse con dichos productos o seguir recibiendo los servicios durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o producto que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.
- Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o producto sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario, posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo límite (o al final de la extensión del plazo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo **de 30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta se le informará que hemos enviado su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4

Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que podría estar **cubierto tanto por Medicare como Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios al presentar la apelación de Nivel 1, los beneficios por el servicio, producto o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página [134](#) para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, los beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, los beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** de recibida su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o brindar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para solicitudes estándares o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta** de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **dentro de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Se le explicará su decisión.
 - Notificarle a usted sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. **En la Sección 10** de este capítulo se explica el proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicaid:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono dentro de un plazo de 120 días calendario, a partir de la fecha de envío de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Puede solicitarle al estado de Virginia una apelación de Nivel 2, denominada audiencia imparcial. Una agencia de audiencia imparcial no relacionada con Aetna Better Health® of Virginia (HMO D-SNP) revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación.

Si usted o el proveedor tratante creen que el plazo estándar para resolver su apelación es demasiado

largo y podría perjudicar su salud, puede solicitar una audiencia imparcial acelerada o rápida. Si es un paciente internado en un hospital o centro, si la atención que recibió fue por una inquietud de salud de urgencia o de emergencia, o si es médicamente necesaria y tomar un plazo estándar para decidir la apelación podría perjudicarlo de alguna manera, puede solicitar una audiencia imparcial acelerada o rápida.

Su solicitud de audiencia imparcial del estado debe enviarse a la siguiente dirección:

**Correo postal: Division of Appeals
Department of Medical Assistance Services (DMAS)**
600 E. Broad Street, Suite 1300
Richmond, Virginia 23219
Fax: 1-804-452-5454
Teléfono: 804-371-8488

En línea: Visite <https://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources> para crear una cuenta en el portal de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS). Esto le permitirá llevar un registro y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes y enviar la documentación.

Si solicita una audiencia imparcial, es posible que haya estado recibiendo el servicio o producto que se reduce, suspende o deniega. Si un proveedor autorizado solicita los servicios y usted desea seguir recibiendo estos servicios/productos, hay algunas cosas que debe hacer:

- Llame a Aetna Better Health al 1-855-463-0933 (TTY:711).
- Infórmenos que quiere continuar recibiendo estos servicios o productos.
- Envíe su solicitud para la audiencia imparcial del estado por escrito a la dirección del DMAS indicada, **dentro de los 10 días a partir de la fecha de la Carta de decisión de apelación.**

Una vez que llame a Aetna Better Health y envíe su carta al DMAS, sus servicios continuarán hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión sobre su caso.

Si los servicios continúan y el revisor de la audiencia imparcial del estado deniega su apelación, usted puede ser responsable del costo de los servicios o productos que se continuaron.

Puede obtener una copia del archivo de apelación completo sin costo. Si desea obtener copias del archivo de su apelación, envíe una solicitud por escrito a:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals Department
PO Box 818070
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

Paso 2: La oficina de audiencia imparcial le proporciona su respuesta.

La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o producto en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si esta oficina rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si la decisión es rechazar todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la Oficina de Audiencias Imparciales es rechazar la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que recibe de la Oficina de Audiencias imparciales le indicará su siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5

¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o producto de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si pagó la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica siempre que haya seguido las normas para obtener el servicio o producto.

Cómo solicitar el reembolso de algo que ya ha pagado:

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o producto de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor de atención médica y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si pagó la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica siempre que haya seguido las normas para obtener los servicios o el producto.

Si quiere que le reembolsemos un servicio o producto de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica un servicio o producto de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica de Medicare está cubierta, le enviaremos el pago de su atención médica en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
 - Si la atención de Medicaid que pagó a un proveedor de atención médica tiene cobertura y usted considera que deberíamos pagarle a ese proveedor en su lugar, le enviaremos al proveedor el pago del costo en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
 - Luego deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelvan el dinero. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de la atención médica.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que *no* pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Si

nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle o al proveedor el pago en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7

Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se trata solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las palabras *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término *Lista de medicamentos* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Pedir que no aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pague por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento, en ocasiones, se denomina pedir una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”**. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra “Lista de medicamentos”.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión rápida de cobertura se denomina una determinación acelerada de cobertura .

Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándares de cobertura se toman en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Las decisiones rápidas de cobertura se toman en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico. *Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura* Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría provocar *graves daños a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la se haga lo siguiente:
 - Se explique que usaremos los plazos estándares.
 - Se explique si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Se le indique cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico, (o la persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 5.2 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración** de respaldo, que son las razones médicas que justifican la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos **que brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina una **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, los que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-855-463-0933 (TTY: 711).** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los *Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior **a los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago para un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación en riesgo conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**Para las apelaciones rápidas:**

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura** para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Se le explicará su decisión.
- Se le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto**

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos
-------------	---

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En ella se indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización,

según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa que** esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que lo necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para solicitar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de salud, a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **antes de la medianoche del día del alta**.
 - **Si usted cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* relacionados con la atención hospitalaria que reciba con posteriorización a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar la apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios

cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la rechaza, significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización después de su fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta, ocurrirá lo siguiente:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza, ocurrirá lo siguiente:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo se incluye más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?
-------------	--

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que debe estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es entidad de revisión independiente. A veces, se la denomina IRE.

La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo comenzar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.

- La Sección 10 de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9

Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto.

Sección 9.1

En esta sección solo tratan tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar su atención**.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2

Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal

Aviso de la no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de

apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de la no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en el que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de la no cobertura** de parte nuestra en la que se explican detalladamente

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos dicho.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, los **primeros dos niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Término legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó

nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.

- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador revisa una apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones correspondientes a apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A la revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *le pagaremos* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con los servicios o productos que Medicaid suele cubrir. La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos cubiertos por la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A la revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare** revisará su apelación y le dará

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas)** o **realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *le pagaremos* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **interponer una queja**.
- **Usar el proceso para reclamos** también se denomina **usar el proceso para interponer una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina una **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja (reclamo) por escrito, envíenosla por escrito a la dirección que figura en el *Capítulo 2: Números y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D o Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica)*.
 - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado. Debemos recibir su reclamo dentro de los 60 días calendario desde el evento o incidente que le llevaron a presentar un reclamo.
 - Su caso será investigado por un miembro de nuestro equipo de reclamos. Si presenta su reclamo de forma verbal, le informaremos el resultado de nuestra revisión y nuestra decisión de manera verbal o escrita. Si presenta un reclamo verbal y solicita una respuesta por escrito, responderemos por escrito. Si nos envía un reclamo por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito que indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de cómo comprendemos su reclamo y nuestra resolución en términos claros.
 - Debemos abordar su reclamo con tanta rapidez como su caso requiera en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora son lo más conveniente para usted.
 - También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” es un tipo de reclamo que se debe resolver dentro de las 24 horas desde que se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:
 - Nuestra intención de tomar una extensión de 14 días calendario para realizar una determinación de cobertura/de la organización o una reconsideración/redeterminación (apelación).
 - Nuestra denegación de su solicitud de acelerar una determinación o reconsideración (apelación) de la organización para servicios de salud.
 - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación (apelación) de la cobertura de un medicamento con receta.
- El proceso de queja “acelerada” rápida es el siguiente:
 - Usted o un representante autorizado puede presentar el reclamo por teléfono, fax o correo y

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

mencionar que desea un proceso de reclamo rápido o queja acelerada. Para presentar el reclamo, llame al número de teléfono, envíelo por fax o preséntelo por escrito y envíelo a la dirección que se encuentra en el Capítulo 2: *Números y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D)* o (*Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica*). La manera más rápida de presentar un reclamo rápido es llamarnos o enviarnos un fax. La forma más rápida de presentar una queja es llamarnos. Cuando recibimos su reclamo, investigaremos rápidamente el problema que ha identificado. Si estamos de acuerdo con su reclamo, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación, como había requerido originalmente.

Independientemente de que estemos de acuerdo o no, investigaremos su reclamo y le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos un reclamo rápido.** Si se le ha concedido un reclamo rápido, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.4

También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
O bien,
- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 11.5** También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

También puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente a Medicaid de Virginia, completando y enviando el formulario de reclamo que se encuentra en <https://www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview/>, o por **correo postal a:**

Virginia Department of Medical Assistance Services

Appeals Division

600 E Broad St

Richmond VA 23219

Fax: (804) 452-5454

O teléfono: (804) 371-8488

Capítulo 10

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid**

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual**

Usted puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta, es posible que ocurra lo siguiente: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto

se conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

Nota: En la Sección 2.1 se incluye más información sobre el Período de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para saber si es elegible para un período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta acreditable durante un período continuo de 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta, es posible que ocurra lo siguiente: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 puede encontrar más información sobre el Período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
-------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2024** (Medicare y usted para 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes: Esto es lo que debe hacer:	
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.• Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.• Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes: Esto es lo que debe hacer:

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
 - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
 - Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid en el estado de VA, comuníquese con la oficina de Medicaid. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener la información de contacto. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de VA.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que concluya su membresía en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus productos y servicios médicos, y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Tal y como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de seis (6) meses como máximo si pierde su elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de enterarnos de su pérdida de elegibilidad y de comunicárselo. Si, al término del período de gracia de seis (6) meses, usted no recuperó Medicaid y no se inscribió en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se lo volverá a inscribir en Original Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos

de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

Capítulo 11

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si la ley no está incluida ni explicada en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan Medicare Advantage. En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage podría pagar, pero tendrá derecho a cobrarles los pagos a dichos terceros. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un documento con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: Su guía sobre quién paga primero)* (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visitando el sitio web www.medicare.gov.

Capítulo 11. Avisos legales

Los derechos del plan a recuperar el valor en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan Medicare Advantage siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- Una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado.
- Un seguro sin culpa, incluido seguro automotor y no automotor sin culpa y seguro de pagos médicos.
- Una póliza o plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo.
- Una póliza o plan de seguro automotor (incluido un plan de autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Dado que su plan Medicare Advantage siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotor para asegurarse de que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan Medicare Advantage podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan Medicare Advantage adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsables de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificadas anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien, si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan Medicare Advantage tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan Medicare Advantage tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan Medicare Advantage, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen una reclamación prioritaria y que deben pagarse al plan antes que cualquier otra reclamación por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan da lugar a una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió. Su plan Medicare Advantage no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños.

Su plan Medicare Advantage está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente

de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan Medicare Advantage tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar una reclamación para obtener una indemnización o una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan Medicare Advantage, ni para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan Medicare Advantage para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos § 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

SECCIÓN 4 Aviso sobre recuperación de pagos en exceso

Si los beneficios pagados por esta *Evidencia de cobertura*, además de los beneficios pagados por otros planes, exceden el monto total de gastos, Aetna tiene derecho a recuperar el monto de dicho pago en exceso de una o más de las siguientes partes: (1) cualquier persona a quien o para quien se efectuaron dichos pagos, (2) otros planes, o (3) cualquier otra entidad a la que se efectuaron dichos pagos. El derecho a recuperación será ejercido a criterio de Aetna. Usted deberá presentar documentos y colaborar con Aetna para asegurar su derecho a recuperar dichos pagos en exceso, a solicitud de Aetna.

SECCIÓN 5 Determinaciones nacionales de cobertura

A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios. Cuando recibamos actualizaciones de cobertura de Medicare, denominadas Determinaciones nacionales de cobertura, las publicaremos en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener las actualizaciones de cobertura publicadas para el año de beneficios.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Determinación de la organización integrada: Una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: Es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de Médicos Independientes (IPA): Una IPA es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a los miembros de organizaciones de cuidado administrado (consulte la Sección 6 del Capítulo 1).

Atención de emergencia: Son los servicios cubiertos que: (1) brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: La aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención médica en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: Un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Biosimilar: Medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, con sujeción a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médicos, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: Un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como costos de los servicios o de medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario si su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es \$30 y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) Cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: Una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluyen ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realiza por su cuenta, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: El monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Determinación de cobertura: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y cuál es el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Dispositivos médicos, incluidos brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año alcance los \$5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor preferido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, exacta, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito acerca de los formularios y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos del formulario alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que ha estado médicamente certificado como enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: Uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: Son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicamentos de marca: Medicamentos con receta fabricados y vendidos por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y fabricó dicho medicamentos. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamentos genéricos: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicare: El programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. **(Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO): Un tipo de plan de cuidado administrado de Medicare en el que un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica aceptan brindar atención médica a beneficiarios de Medicare por un monto fijo de dinero que paga Medicare por mes. Por lo general, debe recibir atención de los proveedores del plan.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): El plan Original Medicare es ofrecido por el Gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período durante el período del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción inicial: El período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple años y termina 3 meses después de ese mes.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales equivalente al Plan institucional (SNP): Un plan que inscribe personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación debe llevarse a cabo con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención respectiva del estado y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Es posible que el Plan de necesidades especiales restrinja la inscripción solo a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto es lo necesario para garantizar una prestación uniforme de la atención especializada.

Plan de necesidades especiales: Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que residen en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): Plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma permanente o esperan residir de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de atención de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica similares a largo plazo, servicios de atención médica que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades similares y estado de atención médica a los otros tipos de centro nombrados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un contrato con los centros de LTC específicos, o bien debe ser el propietario y administrador.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, de manera que sean independientes y continúen viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Estos planes inscriben personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): Es el seguro complementario de Medicare que vende una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: Un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no reciban la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja integrada: Un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Reclamo: El nombre formal para presentar un reclamo es **interponer una queja**. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

Red: Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por nuestro plan para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1). Los proveedores de la red son contratistas independientes y no agentes de nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. La expresión “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: El término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Son los servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es necesario comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios no cubiertos por Medicare: Son los servicios que no están cubiertos normalmente cuando tiene Original Medicare. Generalmente, son beneficios adicionales que puede recibir como miembro del plan Medicare Advantage.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento, antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Anexo A: Información de contacto importante de las agencias estatales

Organizaciones para la mejora de la calidad (QIO)	
Región 3: Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia, West Virginia	Livanta, dirección: Livanta LLC – BFCC-QIO, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701-1105, teléfono: 1-888-396-4646, TTY: 1-888-985-2660, horario de atención: De lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., sábados y domingos de 11:00 a. m. a 03:00 p. m., sitio web: livantaqio.com/en

Oficina de Medicaid del estado	
VA	Cardinal Care Virginia Medicaid, dirección: 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, teléfono: 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), TTY: 1-888-221-1590, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., sitio web: dmas.virginia.gov/

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)	
VA	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP), dirección: 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229, teléfono: 1-800-552-3402, TTY: 711, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: vda.virginia.gov/vicap.htm

Programas estatales de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)	
VA	Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), dirección: Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, teléfono: 1-855-362-0658, TTY: 711, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

Defensor del pueblo	
VA	El Programa del defensor del pueblo para atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares. Virginia Office of State Long-Term Care Ombudsman, dirección: Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, VA 23229-5019, teléfono: 1-800-552-5019, 804-565-1600, TTY: 711, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: elderrightsva.org/

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. Para conseguir un intérprete, llámenos al 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.







Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL 	1-855-463-0933 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX 	1-855-259-2087
ESCRIBA A 	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB 	Ingrese en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o escanee este código con su smartphone para visitar nuestro sitio web. 

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

SHIP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. La información de contacto del SHIP de su estado se encuentra en el **Anexo A** en la contraportada de este documento.

Declaración sobre divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.